UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1952 — N° 2

Peut-on encore parler de Sinistrose ?...

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Janvier 1952

PAR

Jean BARDOU

Diplomé de Médecine du Travail

Membres du Jury..... MM. PLANQUES, *Président*
BONHOURE
DARDENNE
GÉRAUD
} *Assesseurs*
BAZEX *Suppléant*

TOULOUSE
SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRESSION
1952

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1952 N° 2

Peut-on encore parler de Sinistrose ?...

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Janvier 1952

PAR

Jean BARDOU

Diplomé de Médecine du Travail

Membres du Jury..... MM. PLANQUES, *Président*
BONHOURE
DARDENNE
GÉRAUD
Assesseurs
BAZEX *Suppléant*

TOULOUSE
SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRESSION
1952

UNIVERSITE DE TOULOUSE
FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM. LEFEBVRE
Assesseur	BRUSTIER
Doyens honoraires	GORSE, CALVET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. RISPAL — MM. MERIEL — MM. RIBAUT
LAFFORGUE — VALLOIS — SERR.

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et de psychiatrie	MM. RISER
Clinique médicale	TAPIE (N.)
Clinique obstétricale	GUILHEM
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE
Anatomie	LAZORTHES
Histoire naturelle	DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)
Pharmacie	CAUJOLLE
Path. interne et clinique des maladies de la tuberculose	MOREL
Bactériologie, hygiène, médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL
Anatomie pathologique	FABRE (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique et chir. maxillo-faciale	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Chimie biologique	VALDIGUIE
Médecine légale et du travail	PLANQUES
Histologie et embryologie	BROUSSY
Médecine sociale	BOUNHOURE
Thérapeutique	GADRAT
Pathologie chirurgicale	GRIMOUD
Odonto-Stomatologie	CADENAT
Professeur à titre personnel	BAISSET
Chimie pharmaceutique	BLANC (Ch. de F.)

PROFESSEUR SANS CHAIRE

Anatomie	M. COULOUMA

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie	MM. POULHES
Histologie	BIMES
Sciences Naturelles	BOUISSET
Bactériologie	Mme ENJALBERT
Chimie Biologique	MM. POLONOVSKI
Physique Médicale	AUVERGNAT
Pharmacie	COUTURIER
Botanique	Mme Dulucq-Mathou
Chimie	M. RACINE (Ch. de f.)

AGREGES

Médecine (MM. DARNAUD, GERAUD, DARDENNE, LAPORTE, Chirurgie BAUDOT)	MM. RIEUNAU, DIEULAFE, DAMBRIN (P.)
Ophtalmologie	DEODATI
Physique Médicale	MARQUES
Obstétrique	PONTONNIER
O. R. L.	CLAUX
Urologie	LHEZ

COURS COMPLEMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sage-femmes	MM. GUILHEM
Chimie pathologique	VALDIGUIE
Chimie biologique	DOUSTE-BLAZY
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX
Législation pharmaceutique	BOUISSET
Tuberculose	MOREL
Chirurgie pulmonaire	DAMBRIN (P.)
Parasitologie	BAUDOT
Cryptogamie	Mme Dulucq-Mathou
Hydrologie et Géologie	MM. ASTRE
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Pharmacodynamie médecine	BAISSET
Pharmacodynamie pharmacie	CAUJOLLE
Hygiène	LAPORTE
Urologie	LHEZ
Ophtalmologie	DEODATI
Neuro-Chirurgie	LAZORTHES
Mycologie	MORQUER
Psychiâtrie	GAYRAL
Physiologie	Laporte (Y.)
Histologie	PLANEL
Secrétaire de la Faculté	M. ARGILAS

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891.)

Peut-on encore parler de Sinistrose ?...

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548905_0058

Nous dédions ce travail

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MERE, A MON PERE

En témoignage de toute ma reconnaissance.

A MA FEMME

Avec toute mon affection.

A MON FILS ET A MA FILLE

Joies et espoirs de ma vie.

A MON BEAU-PERE, DOCTEUR J. DUBARRY

Dont l'exemple et les conseils d'aîné m'ont été et me seront toujours précieux.

A MA BELLE-MERE

En reconnaissance de son inégalable dévouement.

A L'AIEULE DE MES ENFANTS

A MON FRERE, A MA BELLE-SŒUR

A MON FILLEUL ET A MA NIECE

A MON BEAU-FRERE, A MA BELLE-SŒUR
ET A LEUR FILS

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

Monsieur le Professeur PLANQUES

Professeur de Médecine Légale et de Médecine du Travail

Médecin des Hôpitaux

En témoignage de notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre Thèse et en remerciement de la bienveillance avec laquelle il a bien voulu nous guider dans ce travail, après nous avoir fait l'honneur de nous le confier.

A NOTRE JURY DE THESE :

Monsieur le Professeur BONHOURE

Professeur de Médecine Sociale
Médecin en Chef des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

En le remerciant d'avoir bien voulu faire partie de notre jury de thèse, nous voudrions lui témoigner ici notre gratitude pour l'enseignement que nous avons reçu de lui dans son service de l'Hôtel-Dieu.

Son érudition et son caractère de clinicien parfait font de lui un maître que l'on quitte à regret.

Monsieur le Professeur DARDENNE

Professeur Agrégé à la Faculté
Médecin des Hôpitaux

Qu'il me soit permis d'exprimer notre gratitude pour son enseignement.

Monsieur le Professeur GERAUD

Professeur Agrégé à la Faculté
Médecin des Hôpitaux

En remerciement de l'enseignement qu'il nous a donné.

Monsieur le Docteur BAZEX

Chargé de Cours à la Faculté

Hommage de reconnaissance.

AUX MEDECINS ET CHIRURGIENS
DE L'HOPITAL DE CASTRES

A NOS MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE TOULOUSE

INTRODUCTION

Les lois d'avril 1898 et de juillet 1938 du Code du Travail donnent droit pour tout ouvrier accidenté pendant son travail ou en s'y rendant, à une réparation et à une pension, s'il voit sa capacité de travail diminuée du fait de l'accident.

Il en est de même pour tout accident causé par un tiers.

Evidemment, la victime cherchera souvent à obtenir la réparation la plus importante possible alors que le responsable, au contraire, tendra à la minimiser ou, tout au moins à la ramener à sa juste valeur.

De là, la naissance de conflits et la nécessité d'expertises médicales.

Or, il y a quelquefois une disproportion énorme entre les signes organiques minimes décelables par l'expert et les signes fonctionnels importants accusés par le malade, et qui sont responsables de l'incapacité considérable dont il se plaint.

L'expert a-t-il devant lui un simulateur, un névrosé exagérant involontairement ses maux, ou un malade dont les souffrances sont réelles ?...

Là est tout le problème de la sinistrose.

Nous nous proposons, après avoir défini ce que BRISSAUD entendait par le nom de Sinistrose, d'étudier tout d'abord l'évolution des idées sur cette question, de sa naissance à nos jours.

Puis, après une étude clinique des divers syndromes donnant ainsi lieu à des contestations, nous envisagerons les causes, la prophylaxie et la réparation des névroses post-traumatiques qui viennent si souvent compliquer la tâche des experts, surtout après les traumatismes crânio-cérébraux.

Enfin, nous essaierons, par quelques observations, de montrer comment, actuellement, l'expert cherche surtout à distinguer les cas où un symptôme objectif permet d'affirmer que l'accident a provoqué une lésion organique durable de

ceux où il n'est possible de déceler aucun signe organique de déficience et où il ne s'agit que de troubles psychiques.

Nous verrons en même temps comment, grâce aux progrès de la Science médicale, le deuxième groupe tend sans cesse à diminuer au profit du premier et combien il est prudent de ne pas trop facilement nier tout ce qui paraît nouveau ou bizarre, tout ce que l'on ne comprend pas, parce qu'on n'a pas appris à le comprendre.

DEFINITIONS

Avant de chercher à définir la sinistrose il serait utile de donner une définition de quelques mots essentiels comme réaction névrotique, symptômes subjectifs, symptômes objectifs.

On appelle « **Réaction névrotique** » toute réaction qui compromet l'adaptation de l'individu aux diverses situations de l'existence, réaction déterminée par des affects, des pulsions ou des associations dont le sujet n'est pas conscient comme tels, ou qu'il se refuse à admettre et qu'il camoufle sous un système de justification.

Les « **Symptômes subjectifs** » sont tous les phénomènes qui pourraient dépendre, en tout ou partie, d'un contenu mental.

Au contraire, les « **Symptômes objectifs** » répondent à des constatations morphologiques et chimiques et à un certain nombre de réactions mécaniques, thermiques et bio-électriques insimulables. (A. REY).

DEFINITION DE « LA SINISTROSE »

Le mot « Sinistrose » a été prononcé pour la première fois par le Professeur BRISSAUD, le 4 janvier 1908, devant le tribunal civil de la Seine, dans un rapport concernant un ouvrier tombé sur le ventre du septième échelon d'une échelle et se déclarant atteint d'incapacité permanente absolue.

Quelques jours plus tard, le 16 janvier 1908, le Professeur BRISSAUD exposait ses conceptions sur la Sinistrose dans le « Concours Médical ». (Réf. 5).

On ne saurait mieux faire, pour définir cette maladie, que de reprendre les termes mêmes du Professeur BRISSAUD.

« Dans tous les pays qui indemnisent les accidents du travail, les blessures « assurées » exigent pour guérir un temps beaucoup plus long que les blessures « non assurées »; cette prolongation de l'incapacité ouvrière tient à un **état mental morbide** qui est précisément la sinistrose — et qui consiste en une **inhibition très spéciale de la volonté** ou mieux encore de la **bonne volonté...**

C'est une **idée fixe,** une **idée fausse** sur la forme de la réparation du préjudice qui exerce et développe ce pouvoir d'inhibition...

Le blessé sait que la date de consolidation marque la cessation du paiement du demi-salaire. De là, il résulte trop souvent qu'il considère cette date comme une échéance qu'il voudrait pouvoir ajourner indéfiniment; et en fait, il ajourne, il ajourne et l'idée erronée qui le préoccupe, détourne sa bonne volonté de tout effort inutile.

Peu à peu, cette idée fausse passée à l'état d'idée fixe, non seulement absorbe toute son activité psychique, mais va même jusqu'à briser les ressorts de son activité physique.

Et alors que, guéri de sa blessure depuis des mois, il a cessé d'être une victime du travail, il reste encore victime d'une erreur de bonne foi, c'est-à-dire **sa propre victime à lui-même...**

Il n'y a pas de confusion possible avec l'exagération calculée ou la simulation consciente qui sont, d'ailleurs, beaucoup moins fréquentes.

En effet, s'il est victime de lui-même, le blessé est avant tout victime d'une idée fausse devenant idée fixe; tout accident du travail constitue un dommage entraînant une réparation; d'où l'obsession qui est à l'origine de la bonne volonté constituant la « sinistrose ».

Ainsi, pour BRISSAUD, la sinistrose n'est pas une conséquence nécessaire de l'accident en lui-même; l'accident n'en est que le prétexte.

L'idée vient après coup; elle est voulue, réfléchie, méditée, développée, et le traumatisme ne l'impose pas au blessé. La sinistrose n'est pas imputable à l'accident, mais à l'accidenté.

Mais le plus souvent, cette inhibition de la bonne volonté a été observée après les traumatismes crâniens; en effet, selon la pathologie de la victime, une plaie de la tête, même si ce n'est qu'une contusion superficielle du cuir chevelu, doit

se compliquer de troubles cérébraux; sa logique l'exige. A plus forte raison si l'accident a déterminé un évanouissement.

C'est pourquoi le Professeur BRISSAUD, réunissant sous la même étiquette de Sinistrose la névrose causée par l'obsession et les séquelles des traumatismes crâniens, accorde à la sinistrose quatre symptômes habituels qui sont : l'insomnie, un mal de tête syncipital plus ou moins pénible, des vertiges indéfinissables exclusivement subjectifs et l'irritabilité du caractère.

HISTORIQUE

Etudions maintenant l'évolution des idées sur cette délicate question de l'évaluation de l'incapacité de travail après des accidents, lorsque le blessé se déclare un grand malade incapable du moindre effort, alors que le médecin, ne pouvant mettre en évidence le moindre symptôme objectif, n'arrive pas à comprendre la douleur du malade et se trouve poussé à suspecter sa bonne foi.

Jusqu'à la fin du XIX[e] siècle, tous les troubles nerveux dont on ignorait le déterminisme, étaient classés dans l'immense groupe des « Névroses » ou « Hystérie ». Ainsi, en 1885, CHARCOT expliquait tous les troubles nerveux post-traumatiques par l'Hystérie traumatique.

Puis, avec les lois sociales, avec l'apparition des assurances, s'est posé le problème de la réparation des accidents, des taux d'invalidité à accorder aux blessés. Ne pouvant comprendre la pathogénie de céphalées persistantes, des troubles de l'équilibre, des troubles sensoriels, des troubles neuro-végétatifs dont se plaignaient les malades, les médecins et les experts en niaient presque l'existence et ne voulaient voir que les troubles psychiques et la cupidité des blessés.

C'est ainsi que l'on parlait à l'étranger de « Névrose de rente », « Névrose d'assurance », « Névrose d'appétition » (NOEGELI), « concept de Begehworstellung » (représentation de cupidité) (STRUMPEL, 1895), «Aggravamanie » (LIERCH, 1903).

En 1908, BRISSAUD donne à cet état morbide post-traumatique le nom de sinistrose. Il précise que la sinistrose n'a rien à voir avec l'hystéro-traumatisme, ni avec la psychasténie traumatique. « L'idée fixe qui est voulue, réfléchie, méditée, finit par absorber toute l'activité psychique du blessé et par créer cette inhibition de la bonne volonté qui est la sinistrose.

» Ainsi, le blessé est bien une victime, mais une victime de lui-même. » (BRISSAUD).

En 1912, VERAGUTH, de Zurich, décrivant la maladie sous le nom de « Névrose traumatique », dit en conclusion : « Au fond le médecin devrait se comporter comme un adulte de bon sens, consolant et rassurant un enfant qui vient de tomber sur son nez et saigne un peu, ce dont il s'effraie grandement. » (Réf. 29).

Donc, à cette époque, les médecins et à leur suite les juristes et les juges, portaient sur ces attitudes une appréciation péjorative et les chiffres d'invalidité, nuls ou complètement disproportionnés aux réclamations des blessés, pouvaient parfois avoir le caractère d'une sanction.

Ils croyaient, de bonne foi, qu'en niant la maladie, ils allaient la supprimer définitivement et que, si les blessés apprenaient qu'ils n'auraient aucune indemnité à attendre, leurs souffrances cesseraient miraculeusement.

L'expérience a montré qu'il n'en a rien été, puisque les blessés ont continué à se plaindre, d'autant plus que personne, pas même leur médecin, ne voulait croire à la réalité de leurs souffrances.

Survint alors la guerre de 1914-1918 et la foule énorme de blessés soumis à l'observation des médecins. Les neurologistes français remarquèrent alors la fréquence et l'importance des troubles subjectifs post-traumatiques. Le mérite de les avoir décrits revient à MAIRET et PIERON. Puis GRASSET, CESTAN, EUZIÈRE, VILLARET, FAURE-BAULIEU, apportèrent d'importantes contributions à la question.

A la même époque, Pierre MARIE, en décrivant le syndrome commun des traumatisés du crâne, réhabilita les traumatisés crâniens et montra la fausseté scientifique de l'ancienne conception et son caractère injuste au point de vue humain.

La répétition de ce syndrome à des milliers d'exemplaires dans le monde entier a démontré son authenticité en l'absence de signes neurologiques objectifs.

De même, BABINSKI et FROMENT, en étudiant les troubles nerveux réflexes consécutifs aux blessures des membres, ont montré que les blessés souffrent souvent réellement et ne font pas toujours preuve d'une mauvaise volonté plus ou moins consciente.

A partir de ce moment, d'ailleurs, nous entrons dans une ère où l'on aura tendance à rejeter tout dogmatisme, à reconnaître sans hésiter les erreurs passées et présentes. J. A. BARRE, par exemple, a avoué clairement la tendance que l'on a eu à taxer d'imaginaires et d'exagérées les douleurs que l'on ne comprend pas : « On a tous tendance à ne reconnaître comme acceptable que ce que l'on nous a appris à connaître, que ce que nous comprenons sans peine, à rejeter comme dû à une erreur d'interprétation du sujet qui se plaint, ce qui nous paraît bizarre, nouveau ou hors de proportion avec la cause inculpée, et à qualifier d'exagéré, de tendancieux, voire de simulé, les mêmes allégations singulières quand elles sont formulées par un traumatisé soumis à une expertice.

Nous sommes trop peu accessibles à l'inédit, trop soupçonneux, trop soumis à nos impressions, trop soucieux d'aller vite, trop persuadés, en fait, que nous pouvons à peu près tout comprendre, même quand nous admettons, en théorie, que nos connaissances sur d'innombrables sujets, sont des plus vagues et des plus lacunaires. » (Réf. 4).

De même, LERICHE a dit, à propos des troubles réflexes : « Il s'agit là d'une immense erreur médicale contemporaine... Je suis convaincu que, presque toujours, ceux qui souffrent, souffrent bien comme ils le disent et, qu'accordant à leurs douleurs une attention extrême, ils souffrent plus qu'on ne saurait l'imaginer.

» Il n'y a qu'une douleur qu'il soit facile de supporter, c'est la douleur des autres. » (Réf. 15.)

Ainsi, en France du moins, si l'on n'oublie pas que la simulation et l'exagération consciente existent, si l'on pense encore que les blessés sont souvent un peu victimes d'eux-mêmes en se laissant dominer par une idée fixe de réparation qui sera l'origine d'un facteur sinistrosique surajouté, on admet que ces blessés sont souvent de grands malades souffrant réellement, soit de troubles nerveux réflexes, soit du syndrôme subjectif commun aux traumatisés du crâne.

Mais ces idées n'avaient pas encore triomphé partout; ainsi, on peut lire dans l'arrêt du Reichswersicherungsamt du 24 septembre 1926 : « Si l'incapacité de travail d'un assuré est causée par des représentations qu'il se fait d'être malade, ou bien par des désirs plus ou moins conscients, un accident

antérieur n'est pas la cause essentielle de l'incapacité de travail. »

Il faut arriver en 1929 pour que le neurologiste allemand Walter RIESE affirme que la représentation que le blessé se fait de son état ne suffit pas, à elle seule, à créer des symptômes pathologiques. De plus il est le premier à reconnaître le rôle parfois néfaste de l'expert : « L'attitude méfiante et souvent agressive de certains experts provoque chez l'assuré des réactions d'exagération et même de simulation dont l'expert est seul responsable et non l'assuré. » (Réf. 23.)

La même année, V. von WEIZSACKER proteste énergiquement contre la coutume qui règne alors dans les pays de langue allemande, de ne pas accorder de rentes suffisantes aux sujets atteints de « névrose de rente »: « On prétend, dit-il, que la névrose de rente n'est pas une maladie. Alors, les névroses ne sont pas des maladies ? Ou bien la névrose de rente n'est pas une névrose, ou bien les névroses ne sont pas des maladies. Ou bien il existe des névroses qui sont des maladies et d'autres qui ne le sont pas... Derrière le théâtre de la névrose, c'est la régie des intérêts financiers qui s'agite. » (Réf. 32.)

On arrive ainsi en 1930 et, dès lors, de nombreux auteurs s'intéressent à la question : MINKOWKI, RAND et COURVILLE, du Congrès français d'Oto-neuro-ophtalmologie; ESSER, BERNER, STRAUSS et STAVITZKI, du Congrès international de Bruxelles; GRUNTHAL, MARBURG, G. de MORSIER, STIER, STEFAN, SCHMITE et SIGWALD, SAETHRE, THUREL, WEIL et STURM, CEDERMARCK, REY, FRANCESCHETTI et BARBEY, KOBCKE et l' « Association for research in nervous and mental disease ».

THUREL résume ainsi l'opinion générale : « Nul doute qu'il n'y ait une tendance à l'exagération de la part de certains malades, surtout de ceux qui ne sont pas responsables du traumatisme subi et ont droit à une juste réparation; cette exagération ne constitue d'ailleurs bien souvent qu'une **réaction de défense du blessé contre l'exagération inverse** de la part de médecins qui, sous prétexte que l'examen ne révèle aucun signe objectif, commencent par nier la réalité des troubles subjectifs : l'attitude du médecin est plus répréhensible que celle du blessé qui se révolte contre la suspicion dont il

est l'objet et se voit obligé, pour obtenir ce qui lui est dû, d'amplifier ses revendications. » (Réf. 28.)

CEDERMARCK, de Stockholm, a fait un important travail clinique et statique portant sur 1.963 cas de traumatismes crânio-cérébraux observés à l'hôpital de Stockholm, de 1920 à 1936, au point de vue chirurgical, pathologique, neurologique, ophtalmologique et otologique. Les blessés ont été examinés au bout de trois, six et neuf ans. De plus, les statistiques sont faites séparément pour les cas assurés et les cas non assurés et comparées entre elles.

Ces statistiques ont montré que :

1) La mortalité des anciens traumatisés crânio-cérébraux est augmentée de près de un tiers par rapport à celle des individus n'ayant pas subi de traumatismes (décès par artériosclérose et hémorragies cérébrales).

Donc : **la résistance de l'individu est diminée.**

2) Les traumatismes, même d'apparence légère et sans perte de connaissance initiale, peuvent être très dangereux et entraîner la mort.

3) Trois ans après le traumatisme, 7 % des cas ont encore une incapacité de travail d'au moins 10 % et il n'y a pas de différence entre les assurés et les non assurés.

4) Au bout de trois ans, les conditions sont stabilisées, c'est-à-dire que les troubles restent à peu près sans changement.

Il n'y a pas de différence à ce point de vue, entre les assurés et les non assurés.

5) Les symptômes dits neurasthéniques, psychasténiques (névroses) n'apparaissent pas plus fréquemment chez les assurés que chez les non assurés (Tableau I).

6) Il en est de même pour les lésions cérébrales localisées (Tableau II). (Réf. 7.)

— A Lyon, WERTHEIMER a fait, sur plusieurs centaines d'anciens blessés du crâne des constatations statistiques très voisines.

— A Genève, REY souligne l'importance de l'hyperfatigabilité mentale et ne trouve pas de différence à l'égard de ce symptôme, entre sujets assurés et non assurés.

— A Toulouse, en 1949, CAVALIE, avec les Professeurs RISER et PLANQUES, a étudié cinquante cas de traumatismes crâniens et a confirmé :

1) L'absence de rapport entre la gravité des séquelles et la gravité du traumatisme initial.

2) L'identité de fréquence et de gravité des séquelles observées chez les pensionnés et les non pensionnés.

De plus, il a montré l'effet aggravant de l'âge au moment du traumatisme sur la gravité des séquelles et a fait apparaître l'importance et la valeur objective des troubles sympathiques, des troubles du sommeil, des métabolismes de la graisse (adipose), de l'eau (oligurie) et surtout de la sexualité (impuissance). (Réf. 6.)

— A son tour, l'électroencéphalogramme a apporté de nouveaux éléments d'appréciation, surtout depuis qu'à Toulouse les Professeurs BAISSET, BUGNARD, PLANQUES et le Docteur GREZES-RUEFF ont étudié l'action de l'insuline intraveineuse sur l'E.E.G. d'anciens traumatisés du crâne. Cette épreuve montre la sensibilité particulière et la plus facile désorganisation des rythmes du cerveau traumatisé par comparaison au cerveau normal. (Réf. 3.)

Ainsi, grâce à des techniques nouvelles, le malentendu entre le blessé qui se plaint et le médecin qui l'écoute, tend chaque jour à se dissiper davantage et l'on peut espérer que, bientôt, les progrès de la science permettront de différencier facilement le blessé qui souffre, du simulateur conscient (heureusement très rare) et que plus aucune suspicion ne pèsera sur le malade atteint de ce que BRISSAUD avait appelé la Sinistrose.

TABLEAU I

Cas réexaminés à la fin de la troisième année, avec lésions crânio-cérébrales et symptômes neurasthéniques-psychasténiques résiduels, chez les assurés et chez les non assurés (d'après CEDERMARCK).

	TOTAL des symptômes = N	Céphalées et paresthésies céphaliques		Changement de caractère		Hyper-excitabilité sensorielle		Fatigabilité		Troubles de la mémoire		Troubles du sommeil		Troubles sexuels		Symptômes végétatifs	
		Nbre	% de N.	Nbre	% de N.	Nbre	% de N.	Nbre	% de N.	Nbre	% de N.	Nbre	% de N.	Nbre	% de N.	Nbre	% de N.
Assurés	220	89	40,5	12	5,5	23	10,5	28	12,7	50	22,7	7	3,2	2	0,9	9	4,1
Non Assurés	339	147	43,4	21	6,2	47	13,9	34	10,0	60	17,7	17	5,0	1	0,3	12	3,5

TABLEAU II

Symptômes de lésion cérébrale localisée, à la fin de la troisième année (d'après CEDERMARCK).

	TOTAL des symptômes = N	Troubles vestibulaires et cérébelleux		Diminution de l'audition		Diminution de la vue		Diminution de l'odorat		Symptômes extra-pyramidaux		Autres signes de lésions localisées	
		Nombre	% de N.	Nombre	% de N.	Nombre	% de N.	Nombre	% de N.	Nombre	% de N.	Nombre	% de N.
Assurés	150	79	52,7	46	30,7	5	3,3	9	6,0	3	2,0	8	5,3
Non Assurés	262	140	53,4	81	30,9	19	7,3	12	4,6	1	0,4	9	3,4

PREMIERE PARTIE

Etude clinique des Séquelles subjectives tardives des traumatismes

I. - SEQUELLES TARDIVES DES TRAUMATISMES CRANIENS

A. — LES CEPHALEES

Ce sont les plus fréquentes; elles se voient dans plus de la moitié des cas de traumatismes crâniens. Elles peuvent être soit discontinues paroxystiques, soit continues, soit continues avec des paroxysmes.

a) Céphalées discontinues paroxystiques

Elles sont déclenchées par un effort physique ou intellectuel, un mouvement brusque, une excitation sensorielle brutale ou prolongée.

Les malades sont très sensibles à tout ce qui modifie l'atmosphère où ils vivent, à tout ce qui affecte leur état général. Ainsi, le vent, une lumière vive, le bruit, les secousses, une légère grippe ou un simple embarras gastrique, pourront être la cause de douleurs très violentes, de localisations et de modalités très variées.

Ce seront parfois des céphalées frontales ou occipitales constrictives en étau; d'autres fois, ce seront des douleurs transfixiantes, en éclair, ou des douleurs pulsatiles, donnant l'impression de coups sourds, de martellement, ou encore de sensations sympathalgiques d'écoulement de liquide chaud, de brûlure, de piqûres d'épingles, soit à l'endroit du choc, soit au point diamétralement opposé.

Ces douleurs, qui peuvent ne durer que quelques secondes, dans le cas de douleurs en éclair, peuvent se prolonger parfois plusieurs heures et donner lieu alors à des vomissements.

b) **Céphalées continues**

Beaucoup moins fréquentes que les précédentes, peu intenses mais obsédantes, avec des bourdonnements ou une impression de vide intra-crânien, elles enlèvent au malade par leur présence continue, toute capacité intellectuelle et sont souvent la cause de troubles psychiques et caractériels.

c) **Céphalées continues avec paroxysmes**

Elles se voient assez rarement; ce sont les céphalées que nous venons de décrire, sur lesquelles se surajoutent, à l'occasion d'un effort ou d'une excitation sensorielle, les paroxysmes précédemment décrits.

B. — LES TROUBLES DE L'EQUILIBRE

Ils se rencontrent presque aussi fréquemment que les céphalées, mais on n'observe que rarement des vertiges vrais, s'accompagnant de rotation et de chute dans un sens déterminé.

Ce que l'on voit, ce sont soit :

a) des **sensations paroxystiques d'instabilité**, de « sol mouvant ».

b) soit des **éblouissements** avec brusque obscurcissement de la vue et impression de déséquilibre obligeant le malade à prendre un point d'appui.

C. — LES TROUBLES SENSORIELS

a) **Troubles auditifs**

Ce sont les plus fréquents. Ils consistent en :

une **Hypoacousie** le plus souvent unilatérale;

des **Troubles labyrinthiques** caractérisés au début par une hyperréflectivité aux épreuves caloriques ou rotatoires, avec

augmentation du nystagmus post-rotatoire, et plus tard, en hyporeflectivité avec diminution du nystagmus.

Enfin, parfois, les malades se plaignent de **bourdonnements.**

b) **Troubles oculaires**

Ils se rencontrent assez souvent. En dehors de troubles comme l'impression passagère de « brouillards », on trouve des troubles objectifs : mydriase, diplopie, névrite optique, diminution du réflexe photo-moteur, augmentation de la T. A.R.

c) **Troubles olfactifs**

Quelquefois, les traumatisés du crâne présentent aussi des troubles olfactifs : **hyposmie** ou même **anosmie.**

D. — LES TROUBLES NEURO-VEGETATIFS

Ils sont très importants par suite de leur grande fréquence et de leur objectivité. Ils témoignent de l'atteinte du méso-diencéphale qui correspond au lieu géométrique de tous les champs de force traversant l'encéphale à la suite d'un choc mécanique de direction quelconque. Ce point, sur lequel tous les coups retentissent, est situé au voisinage de l'Infundibulum du troisième ventricule.

Les lésions se cicatriseront par une prolifération de névroglie présentant tous les signes d'une inflammation subaiguë, ce qui explique que l'état des traumatisés crâniens continue à évoluer longtemps après le traumatisme.

a) **Troubles de la vasomotricité**

Ce sont des accès de rougeur du visage, suivis de pâleur, s'accompagnant de malaise général, éblouissements, sensations vertigineuses, bourdonnements; ou bien, ce sont des accès de refroidissement des extrémités avec pâleur et cyanose des doigts, comme dans le syndrome de Raynaud.

b) **Crises de sudation**

Elles sont déclenchées par le moindre effort et parfois localisées à la région traumatisée.

c) **Larmoiement et hyperhémie conjonctivale.**

d) **Troubles tensionnels et rythmiques.**

e) **Troubles du sommeil** : insomnie ou hypersomie.

f) **Troubles digestifs** : dont le premier est l'anorexie.

g) **Troubles métaboliques** :

Ce sera, parfois, **un amaigrissement** sans anorexie qui puisse l'expliquer, ou, au contraire, une **adipose.**

D'autres fois, ce sera une **oligurie** d'origine diencéphalique sans atteinte rénale, accompagnée parfois de polydypsie.

E. — LES TROUBLES ENDOCRINIENS

Le Docteur CAVALIE, de Toulouse, a observé un syndrome basedowien post-traumatique et une insuffisance ovarienne post-traumatique également.

F. — LES TROUBLES SEXUELS

On voit, assez fréquemment, une diminution de la libido ou même, chez l'homme, de l'impuissance.

G. — LES TROUBLES PSYCHIQUES

Ils sont très fréquents après les traumatismes du crâne; ce sont eux qui préparent le terrain à la réaction névrotique et c'est sur eux qu'elle vient se greffer. Ainsi, lorsque BRISSAUD et ses contemporains disaient que le blessé atteint de sinistrose n'est victime que de lui-même, ils ne considéraient pas que le traumatisé crânien n'est plus lui-même. C'est, bien souvent, un psychopathe et, dans ce cas, peut-on le rendre responsable d'une idée fausse qui va s'ancrer en lui et devenir

a) Les troubles mnésiques

Ce sont les plus fréquents des troubles psychiques succédant à un traumatisme du crâne. Le traumatisé se trouve souvent incapable de se remémorer les circonstances immédiatement antérieures et postérieures à l'accident; il y a un « trou » dans sa mémoire; c'est l'**amnésie post-traumatique** (A.P.T.).

Elle est de durée très variable et les auteurs anglais lui accordent une grande valeur pronostique. Ils l'estiment terminée lorsque le blessé ayant repris entièrement connaissance a retrouvé suffisamment sa mémoire pour coopérer utilement à l'enquête.

CAIRNS en 1942, GUTTMANN, SYMONDS et RUSSELL en 1943, ont établi de véritables barèmes de la durée de l'incapacité de travail par rapport à la durée de l'A.P.T.

Pour GUTTMANN par exemple :

Une A.P.T. de moins de 1 heures ne nécessite pas plus de 4 semaines d'incapacité.

Une A.P.T. de moins de 24 heures ne nécessite pas plus de 6 semaines d'incapacité.

Une A.P.T. de moins de 7 jours ne nécessite pas plus de 8 à 9 semaines d'incapacité. (Réf. 13).

Sans vouloir appliquer des règles aussi strictes, il faut reconnaître une valeur pronostique incontestable à l'amnésie post-traumatique.

Mais ce n'est pas là tout l'intérêt de ce trou mnésique; en effet, cet oubli des faits antérieurs à leur accident est, pour les blessés, particulièrement troublant et entre en ligne de compte dans le sentiment d'amoindrissement « d'infériorité acquise » de ces malades et ce sentiment sera souvent le point de départ d'une réaction névrotique.

Mais, alors que l'amnésie post-traumatique est un symptôme de commotion cérébrale, les troubles mnésiques tardifs en sont des complications psychiques très fréquentes.

Ainsi, l'**Amnésie de fixation** se rencontre très souvent. Elle est toujours liée à un trouble de l'attention; non seulement le malade est incapable d'apprendre, de retenir un nom ou un fait nouveau, mais à tous moments, il oublie ce qu'il vient de faire et ce qu'il se préparait à faire.

L'Amnésie d'évocation se voit assez souvent, mais elle est presque toujours accompagnée de l'amnésie de fixation; ainsi, s'il avait réussi à retenir, à acquérir un nom ou un fait nouveau, le malade est incapable de s'en souvenir lorsqu'il en a de nouveau besoin.

b) **Troubles caractériels :**

Ils sont souvent associés aux troubles mnésiques. Il peut s'agir d'une simple **irritabilité anormale**, ou **d'impulsivité** et même de **violence.**

c) **Troubles de l'affectivité :**

Le plus fréquent est l'**hyperémotivité**; elle est extrême et discordante. Des faits sans importance déclenchent chez eux une émotion intense alors qu'un grand malheur les laisse absolument impassibles.

Au contraire, les traumatisés peuvent être atteints **d'hypoémotivité**; ils ont alors tendance à rester inertes et à s'isoler. Pour eux, l'isolement est un refuge où les pousse leur sentiment d'infériorité.

d) **Troubles de l'activité :**

1. **Perte de l'automatisme mental :**

Le traumatisé crânien est « condamné à la pensée volontaire à perpétuité», de plus, cette pensée volontaire est lente et « visqueuse »; il est devenu « bradypsychique ».

2. **Fatigabilité physique et intellectuelle.**

3. **Troubles de l'adaptation :**

Ces malades ont une extrême difficulté à s'adapter aux situations nouvelles.

Or, diminués physiquement et psychiquement, ils sont absolument incapables de reprendre leur vie antérieure à l'accident et auraient ainsi un besoin énorme de cette faculté d'adaptation pour ne pas devenir des déclassés sociaux.

e) **Epilepsie post-traumatique :**

On observe assez souvent des crises convulsives. Ce sont généralement des crises d'épilepsie généralisée, apparaissant d'emblée, souvent plusieurs années après le traumatisme. Mais, l'étude de l'épilepsie post-traumatique nous entraînerait en dehors du sujet. C'est là une maladie connue et reconnue par tous et qui n'entre donc pas dans le cadre de la Sinistrose.

H. — ANOMALIES TARDIVES DU LIQUIDE CEPHALO-RACHIDIEN

On peut observer parfois une **hypertension crânienne transitoire**; d'autres fois, une **albuminorachie tardive.**

I. — EXAMENS RADIOLOGIQUES

Quelques rares fois, les radiographies peuvent montrer une bulle d'air intracrânienne enkystée; c'est une **pneumatocœle crânienne.** Elle indique qu'il y a eu effraction de la dure-mère et du sinus frontal.

L'**encéphalographie,** par contre, montre souvent d'importants dégâts du système ventriculaire. Un auteur anglais, DAVIES, a trouvé des modifications de l'image de ventricules cérébraux dans 50 % des cas de Syndrôme Subjectif commun aux traumatisés du crâne. Ce sont des dilatations, unies ou bilatérales, par atrophie du tissu nerveux. (Réf. 9.)

D'autres fois, ce sont des **déviations** du système ventriculaire qui se trouve attiré d'un côté. De plus, l'air injecté ayant tendance à se localiser autour du cerveau permet de voir l'atrophie ou le déplacement d'un lobe.

J. — ELECTROENCEPHALOGRAPHIE : (E.E.G.)

C'est là une question qui déborde un peu la médecine générale; aussi, nous ne nous y étendrons pas. En général, les

changements électroencephalographiques dûs aux traumatismes cérébraux ont les mêmes caractéristiques que ceux produits par d'autres formes d'atteinte cérébrale. La forme des ondes lentes et la suppression de la fréquence dominante ne peuvent être distinguées de celles vues autour des tumeurs ou des abcès.

Après un traumatisme du crâne, on observe, en général, des ondes très lentes (de l'ordre de 2 par seconde et moins) et d'un voltage relativement élevé (150 microvolts). Petit à petit, les ondes augmentent de fréquence et décroissent en volume pour redevenir normales (8 à 10 par seconde et 10 à 50 microvolts).

Dans le cas d'une épilepsie post-traumatique, après que les ondes lentes résultant directement du traumatisme cérébral, soient progressivement revenues à la normale, on voit apparaître des épisodes d'ondes anormales, de plus en plus fréquents et de plus en plus anormales. Ce sont, pendant quelques secondes, des explosions d'ondes d'un voltage élevé, en pointes (**Pointe onde**) ou simplement des explosions d'ondes très rapides (25 par seconde).

Ces anomalies peuvent être diffuses dans tout le cerveau ou localisées autour de la blessure, ou encore au point opposé par effet de contre-coup.

On peut dire grossièrement qu'une anomalie focale de l'E.E.G. est un témoignage d'une lésion acquise, tandis qu'une anomalie diffuse peut indiquer une lacune constitutionnelle congénitale, même après un traumatisme de la tête.

Mais, ces anomalies de l'E.E.G. ne persistent qu'à peu près chez la moitié des malades qui ont des symptômes persistants longtemps après l'accident.

Donc, si la présence d'une anomalie focale est une preuve d'organicité de la maladie, l'absence d'anomalie ne prouve absolument rien.

Il en est de même pour l'epilepsie post-traumatique, d'autant plus qu'un E.E.G. normal peut être observé plus ordinairement dans les épilepsies traumatiques que dans les idiopathiques.

L'électroencéphalographie avait été sensibilisée par l'épreuve de l'hyperpnée, mais elle l'a été encore beaucoup plus par l'injection d'insuline intra-veineuse. Ainsi, les Professeurs BAISSET, BUGNARD, PLANQUES et le Dr GRE-

ZES-RUEFF, de Toulouse, ont mis beaucoup plus souvent en évidence des anomalies de l'E.E.G., dans des cas de Syndrôme Subjectif ou d'épilepsie post-traumatique et ont ainsi donné une plus grande valeur à cette épreuve.

Cependant, si dans les cas d'épilepsie post-traumatique, l'E.E.G. est ainsi reconnu altéré environ dans 75 % des cas, cette épreuve n'est pas encore aussi fidèle dans les syndrômes subjectifs.

Elle n'a toujours qu'une valeur positive, c'est-à-dire que l'absence d'anomalie ne signifie pas absence de troubles subjectifs, donc simulation.

Nous venons de voir que le malheureux traumatisé crânien, accusé par Brissaud de mauvaise volonté et d'esprit revendicateur, est en réalité un pauvre homme, atteint de céphalées importantes, de troubles de l'équilibre, de troubles sensoriels divers, d'importants troubles neuro-végétatifs, de troubles sexuels et surtout de troubles psychiques (amnésie, irritabilité, hyperémotivité, bradypsychisme, fatigabilité intellectuelle, perte des facultés d'adaptation).

Evidemment, dans ce tableau, les symptômes objectifs sont rares, mais les nombreux symptômes subjectifs réalisent un ensemble, un groupement, un Syndrôme, qui en lui-même est objectif.

C'est sur cette épave que nous venons de décrire que les difficultés financières, les lenteurs de procédure, les expertises renouvelées et l'action même de l'entourage vont venir greffer des réactions névrotiques et constituer ainsi le tableau complet de ce que BRISSAUD appela la Sinistrose.

REACTIONS NEVROTIQUES SUCCEDANT AUX TRAUMATISMES CRANIENS.

Evidemment, cet amoindrissement physique et intellectuel du blessé sera une porte ouverte aux réactions névrotiques, mais leur apparition sera également favorisée et même conditionnée par la présence d'un léger déséquilibre mental antérieur à l'accident, déséquilibre restant cependant dans les limites d'un psychisme normal. Ainsi verrons-nous se surajouter au syndrome subjectif des accidents pithiatiques, des états

neuro-psychasthéniques, des états d'exagération ou de simulation, suivant le terrain mental de l'individu.

Mais ces réactions névrotiques se voient souvent après des traumatismes du crâne n'ayant pas entraîné le syndrôme subjectif que nous venons d'étudier. Il ne s'agit plus alors d'un syndrome surajouté, mais d'une maladie mentale bien différenciée par les Professeurs RISER et PLANQUES (Réf. 26) et c'est elle que nous allons maintenant étudier.

Comme précédemment, elle se présentera sous des formes différentes suivant le tempérament de l'individu. Aussi, envisagerons-nous :

1) les accidents pithiatiques;
2) les états neuro-psychasthéniques;
3) les états d'exagération.

I. — LES ACCIDENTS PITHIATIQUES

Nous ne décrirons pas leurs diverses formes, car elles sont bien connues; elles entrent dans un des trois groupes suivants :

a) **Les crises pithiatiques,** s'il s'agit d'une réactivité anormale.

b) **Les monoplégies, hémiplégies, mutismes pithiatiques,** s'il s'agit d'attitudes anormales.

c) **L'hypnotisme, somnambulisme ou fugues pithiatiques,** s'il s'agit d'un comportement anormal.

Ces accidents ont deux caractères :

Ils sont réductibles par invigoration ou persuasion (mais ceci n'est vérifiable que pour les attitudes anormales et c'est un caractère très inconstant qu'il est rarement possible de vérifier à l'expertise).

Aussi, plus importante encore est la considération du terrain mental qui lui, est constant et nécessaire : c'est la **mentalité hystérique.**

Cette mentalité est faite d'une débilité mentale fréquente mais inconstante, d'une propension du sujet à se réfugier dans la rêverie, forme détendue, reposante, récréative, mais

inférieure de l'activité mentale; cette labilité conditionne la tendance à la mythomanie.

Elle est faite encore de la faiblesse des sources instinctives contrastant avec l'hyperémotivité, qui est un niveau inférieur de l'affectivité.

Enfin, elle est faite d'un besoin d'attirer la sympathie ou tout au moins l'attention.

L'activité de l'hystérique reflète sa pensée : elle est peu originale, souvent instable; il subit trop facilement l'influence de l'exemple, son humeur est habituellement polymorphe et fantasque.

Sa conscience, dont les bases instinctives sont fragiles, si facilement envahie par la rêverie, est soumise à une sorte de pluralité interne, l'opposé d'une pleine synthèse mentale.

Bref, il s'agit là d'une hypogenèse instinctive, d'un véritable infantilisme psychologique, d'un anachronisme psychologique.

L'hystérique est généralement suggestible, mais présente un mode très particulier de suggestibilité, que l'on peut définir par :

1) La capacité d'isoler dans son esprit un complexe idéo-affectif.
2) La capacité de réaliser l'idée en un symptôme, ce qui est proprement la psychoplasticité de DUPRE.

En considérant les faits d'une façon générale, ce complexe idéo-affectif peut venir de l'extérieur et dépendre d'une inspiration étrangère qui agit par la parole ou par l'exemple. C'est l'**hétéro-suggestion**, qui détermine à la fois l'apparition du symptôme et sa forme. C'est elle que dénonce BABINSKI; mais cette condition d'apparition est, dans le pithiatisme post-traumatique, la plus artificielle et la plus rare; elle agit surtout comme facteur d'entretien.

Dans le pithiatisme post-traumatique, le complexe idéo-affectif est élaboré par le malade lui-même (auto-suggestion).

Il arrive qu'immédiatement après un traumatisme qui a inhibé certaines fonctions nerveuses, l'appréhension d'une incapacité future puisse produire, à la faveur de la dépression qu'occasionnent le choc et la peur, une auto-suggestion surajoutée qui fixe, intensifie, « stéréotypise » (STEWART) sa récente incapacité qui, sans cela, disparaîtrait spontanément.

Dans bien des cas, un utilitarisme plus ou moins conscient anime le complexe idéo-affectif et l'accident pithiatique devient un moyen d'expression de revendication.

« Le point de départ de la réaction hystérique, écrivait CODET, me paraît résider dans un élément psychologique normal et banal : la constatation du bénéfice apporté par l'état maladif. A partir de là, se développe chez certains, un besoin impérieux et sincère d'attirer l'amitié, l'intérêt ou les soins d'autrui. Elle est inconsciente et sincère dans ces origines, mensongère dans ces procédés.

Le symptôme pithiatique n'est que l'argument pris au gré des possibilités du moment par le mobile profond et constant qu'est la revendication affective inconsciente.

C'est pourquoi il est varié et démonstratif. »

Pour HEUYER, tous les pithiatiques cherchent à satisfaire un désir plus ou moins conscient, à sortir à leur avantage d'une situation dont ils souffrent plus ou moins légitimement. Le complexe, dans ce cas, est un désir, une réclamation, une protestation.

Il ne faut pas méconnaître en matière de pithiatisme, les facteurs d'entretien et d'aggravation : « L'hystérie, disait DUPRE, est un syndrôme riche en réactions interpsychologiques. L'imagination du sujet est particulièrement impressionnée par les réactions dramatiques de l'entourage et l'entourage, à son tour, apporte à l'hystérique l'inconsciente complicité de son étonnement naïf et de sa sollicitude intempestive. »

On peut maintenant se demander si le traumatisme crânien n'a pas entraîné une chute de niveau mental pouvant expliquer une vraie hystérie traumatique. C'est bien peu probable car l'hystérie a le caractère d'un état global d'arriération affective que peut fort bien expliquer le défaut de développement, mais fort mal le traumatisme lui-même.

Donc, les accidents pithiatiques survenant après un traumatisme crânien, ne sont pas imputables à l'accident qui n'a été qu'un prétexte à une manifestation d'un terrain mental hystérique.

Tout autre accident, tout autre traumatisme, aurait tout aussi bien pu déclencher la même réaction pithiatique.

II. — LES ETATS NEURO-PSYCHASTHENIQUES

A) La forme «neurasthénique ».

Dans cette forme dominent les signes d'épuisement nerveux.

La céphalée y est constante, diffuse, gravative, pulsatile, variable suivant les moments de la journée.

La rachialgie, très fréquente, est perçue aux extrémités de la colonne vertébrale, tantôt du côté des sacro-iliaques et du sacrum, tantôt à la racine du cou, en arrière.

Comme ces douleurs s'atténuent dans le décubitus, elles suggèrent que les muscles postérieurs de la statique, hypotoniques, sont douloureusement tiraillés; leurs insertions rachidiennes, crâniennes, leur masse même, sont sensibles à la pression.

L'asthénie motrice, signe majeur, s'accompagne d'asthénie des fibres lisses; relâchement de la peau, hypotension artérielle et troubles divers du rythme cardiaque. Du côté digestif elle donne du météorisme, de la flatulence, de la constipation.

On note de l'hyperesthésie, des sensations à l'égard du froid, des lumières vives, des sons aigus.

Les réflexes tendineux sont vifs alors que le tonus des muscles squelettiques est affaibli.

Le sommeil est presque toujours insuffisant, l'incapacité sexuelle à peu près constante.

Les facultés mentales sont intactes, mais leur rendement est affaibli par une pesante tendance à l'inertie. L'impuissance d'agir, la fatigabilité, dominent de beaucoup les autres plaintes. La sensation d'un mauvais fonctionnement somatique intervient dans sa conscience. La tristesse est contingente, mais la nervosité et l'irritabilité sont constantes. Souvent, le blessé est tombé dans une sorte de marasme affectif; il semble dire par son attitude : « Je me laisse couler, je ne remue plus; il faudra bien qu'on s'occupe de moi et qu'on me rende justice. »

Ce tableau clinique ne nous est pas inconnu; nous l'avons déjà entrevu dans l'étude clinique des Séquelles tardives des traumatismes du crâne. Il existe, en effet, après des trauma-

tismes crâniens, des états d'asthénie neuro-musculaire particulièrement intenses et prolongés et il est très difficile en pareil cas, de distinguer les conséquences directes du traumatisme des réactions névrotiques secondaires.

De toutes façons, tous ces troubles rentrent dans le « Nouveau Syndrôme diencéphalique de l'encéphalopathie traumatique : l'Adynamie » de DE MORSIER, que REY juge comme un des symptômes les plus constants et les plus typiques, dans les sequelles de traumatismes crâniens.

Donc, ici, le traumatisme est bien directement responsable de la réaction névrotique lui succédant

B) **Les Etats d'Hyperémotivité anxieuse prédominante.**

Ils revêtent une allure plus nettement mentale. On constate avant tout, chez ces sujets, les signes d'une tension émotive permanente et exagérée : tachycardie, bouffées de chaleur au visage, facile transpiration et surtout tremblement des extrémités s'exagérant à la moindre émotion ou contrariété, ou quand se porte vers eux l'attention médicale, ce qui évoque parfois dans l'esprit des médecins, l'idée d'exagération.

Mais, ici aussi, on retrouve les troubles neuro-végétatifs du Syndrome subjectif, troubles dus à l'atteinte du méso-diencéphale. Ici aussi il sera difficile de distinguer les conséquences directes du traumatisme des réactions névrotiques secondaires.

De plus, deux autres difficultés se présentent dans l'interprétation de ces syndrômes neuro-psychasténiques :

1) D'abord, quelle est la part du traumatisme et quelle est celle de l'émotion ?...
   Lequel des deux a joué le rôle principal ?...
   C'est là, pour le moment, une question impossible à résoudre, quoique les troubles soient ici très importants et qu'il soit à peu près reconnu que ces troubles témoignent d'une atteinte organique.

2) Quel est le rôle de l'état mental antérieur ?...

Les auteurs qui ont fouillé par l'analyse profonde les névroses des commotionnés de la guerre n'ont pas manqué de trouver chez eux d'importantes perturbations antérieures

sous forme de pulsions mal éteintes, de complexes mal liquidés, de sentiments d'infériorité ou de culpabilité (SUTTER), bref, une personnalité névropathique antérieure déjà hautement prédisposée à manquer cette nouvelle adaptation qu'exige la guérison normale d'un traumatisme crânien.

Mais il est cependant certain que, sans ces accidents, ces hommes seraient restés des individus normaux et l'on peut ainsi rendre le traumatisme directement responsable des séquelles névropathiques que nous venons de voir.

Le terrain mental de l'individu ne fait ici qu'orienter la réaction névrotique secondaire.

III. — LES ETATS D'EXAGERATION OU DE SIMULATION.

Habituellement, le blessé majore les signes fonctionnels qu'il éprouve (douleur, impotence, incapacité générale). Il y a, en général, une base organique; c'est la sursimulation de la simulation consciente.

Le malade apporte dans l'expertise une passion, une mauvaise foi évidente; son comportement est tout différent en présence des médecins et en leur absence; en leur présence, il souffre horriblement, il proteste et revendique ou, au contraire, il est muet, il a des hallucinations et paraît accablé. Dès qu'il ne se croit plus observé, son comportement redevient régulier, normal.

Une enquête dans sa famille, dans le voisinage de sa maison révèle son caractère têtu, sa susceptibilité, son orgueil anciennement connus. C'est un petit paranoïaque buté qui cherche son intérêt ou même qui, au détriment même de ses intérêts, veut avoir raison au besoin contre tous.

Ici, nous en revenons à la conception de BRISSAUD : le blessé est persuadé que tout accident du travail constitue un dommage entraînant une réparation et, par tous les moyens, il cherchera à l'obtenir. De là, l'idée fixe qui le rendra victime de lui-même alors qu'il aura cessé d'être victime de l'accident. Ainsi, l'accident sera bien la cause de la réaction névrotique, mais la cause indirecte, alors que le grand responsable est certainement le terrain paranoïaque, de même que,

pour les accidents pithiatiques, le responsable est le terrain hystérique.

Cependant, il ne semble pas ressortir d'un travail statistique fait par KOZOL, portant sur 200 traumatisés, que la personnalité prétraumatique névrotique soit beaucoup plus prédisposée que la personnalité prétraumatique normale, à ces réactions névrotiques.

Mais, il est bien certain que la personnalité prétraumatique névrotique confère aux troubles réactionnels, quand ils surviennent, un cachet individuel; elle les oriente vers une expression qui est leur mode d'expression usuel.

II. - SEQUELLES DES TRAUMATISMES ENTRA-CEPHALIQUES

De même qu'après les traumatismes du crâne, après des traumatismes des bras ou des jambes on entend trop systématiquement accuser de « Sinistrose » des personnes se déclarant inaptes au travail; la fracture, s'il y en avait une, est consolidée, la plaie est cicatrisée, les délais normaux sont écoulés, donc, ce ne peut être qu'une « Sinistrose ».

Bien souvent, il est vrai, il s'agit d'un malade qui cherche à retirer le plus de profit possible de son accident; c'est une réaction de sursimulation chez un paranoïaque; nous venons de le voir.

Bien souvent aussi, il s'agit d'un accident pithiatique chez un hystérique; nous l'avons également étudié dans les réactions névrotiques.

Mais, parfois, le blessé souffre vraiment de troubles tenaces et douloureux. On a alors, non pas une sinistrose, mais ce que BABINSKI et FROMENT appelèrent « Troubles physiopathiques » (Réf. 2) et que J.-A. BARRE nomma par la suite « Troubles nerveux réflexes extenso-progressifs d'origine traumatique ». (Réf. 4).

TROUBLES REFLEXES PHYSIOPATHIQUES SUCCEDANT AUX TRAUMATISMES DES MEMBRES.

Ces troubles sont connus depuis assez longtemps; en 1875, VULPIAN en avait fait la révision et avait expliqué le problème de la nocivité à distance par une théorie réflexe.

Puis CHARCOT les classa dans l'hystéro-traumatisme.

En 1905, SICCARD les distingua de nouveau dans l'hystérie.

Enfin, en 1916, BABINSKI et FROMENT en firent une synthèse qui n'a pas été touchée depuis et leur donnèrent le nom de « troubles physiopathiques de Babinski et Froment ».

Ces accidents, heureusement très rares, se développent à la suite d'une blessure, souvent minime (piqûre, coup d'aiguille) quelquefois superficielle et insignifiante (ongle écrasé, petite brûlure), parfois même sans blessure extérieure (entorse).

D'autres fois, ils succèdent à une lésion traumatique importante des parties molles, des os, des vaisseaux et des nerfs. Mais le plus souvent, ils s'observent à la suite de lésions irritatives des voies nerveuses et surtout des voies sympathiques d'un membre.

Ces diverses altérations siègent ordinairement à la périphérie à la main ou au pied. Elles peuvent siéger aussi sur les fibres sympathiques d'un viscère (intestin, appendice) ou à la périphérie d'un nerf cranien sensitif ou sensoriel.

Ces troubles se constituent habituellement très peu de temps après le traumatisme. Ils ont pour caractère principal d'être hors de proportion avec la cause qui leur a donné naissance, aussi bien sous le rapport de l'intensité que de l'étendue. Ils débordent en effet largement la zone traumatisée et intéressent par exemple tout un segment de membre ou tout un membre. Pour J.-A. BARRE, ils peuvent s'étendre progressivement aux deux membres et même, dans certains cas, aux quatre membres.

L'**analyse clinique** décèle, sous les formes très variées que ces troubles peuvent prendre des contractures ou hypertonies, des états paralytiques ou hypotoniques, des états parétiques et fréquemment, un mélange de parésies et de contractures qui peuvent entraîner une impotence complète ou partielle du segment atteint. Mais, quelle qu'en soit la forme, le trouble moteur est le plus souvent incomplet, partiel, limité ; il prédomine souvent à un segment du membre, surtout à son extrémité.

L'examen clinique montre encore de la surexcitabilité mécanique ou de la lenteur à la secousse musculaire, et diverses modifications quantitatives de la contractilité électrique.

L'hypotonie de certains groupes musculaires est fréquente et souvent associée à la contracture des muscles antagonistes.

L'amyotrophie existe presque toujours à un certain degré. Il peut y avoir de la surréflectivité tendineuse, de l'irréflectivité cutanée et enfin un tremblement discret.

A ces troubles moteurs s'adjoignent, dans la majorité des cas, des troubles vaso-moteurs et thermiques qui constituent un des éléments cardinaux du syndrome physiopathique. C'est un refroidissement permanent associé d'ailleurs à une aptitude anormale au refroidissement et souvent paradoxalement accompagné de sudations.

On peut voir aussi de l'œdème et des troubles trophiques. D'ailleurs, l'indice oscillométrique est fortement diminué, surtout après l'épreuve du bain froid.

Enfin, ces blessés présentent des :

TROUBLES DE LA SENSIBILITE

Ils sont provoqués ou spontanés; leur répartition topographique ne peut souvent pas être rapportée à un territoire d'un nerf périphérique, ni aux configurations classiques de l'anesthésie hystérique, mais affecte un type nettement radiculaire.

Ce sont : Une anesthésie de l'extrémité du membre, un engourdissement qui vont en diminuant progressivement lorsqu'on remonte vers sa racine.

Ou bien, ce sont des douleurs causalgiques, excessivement violentes et modifiées par une foule de facteurs externes : le temps, le vent, le froid, les émotions, etc...

Le plus souvent, ces troubles sont permanents, mais ils peuvent aussi être paroxystiques.

I. — TROUBLES PHYSIOPATHIQUES PERMANENTS :

Suivant la prédominance de tel ou tel symptôme et suivant leur localisation, on peut distinguer différentes formes cliniques :

A) **Formes sensitives**

a) **Forme causalgique** : ici, prédominance de douleurs brûlantes, énervantes, exacerbées par une cause quelconque.

b) **Forme syringomyélique** : dans cette forme, les troubles de la sensibilité portent surtout sur la sensibilité thermo-algésique, mais ils ne sont pas symétriques et on n'y observe pas les troubles trophiques importants de la syringomyélie.

B) Formes motrices :

a) **Par hypotonie** : le membre est flasque, inerte.

b) **Par hypertonie** : on a alors des griffes en contractures, toujours en flexion. En réalité, il n'y a pas seulement hypertonie d'un groupe musculaire, mais **dystonie,** c'est-à-dire manque d'équilibre en tonus entre agonistes et antagonistes.

c) **Forme où les amyotrophies prédominent** : on a alors une maladie semblable à la sclérose latérale amyotrophique, mais ici les amyotrophies ne sont que d'un seul côté et seulement sur une région du membre.

d) **Forme pseudo-parkinsonnienne** : caractérisée par de la contracture et du tremblement.

C) Formes à prédominance sympathique

Avec hypothermie, sueurs et diminution de l'indice oscillométrique.

Formes topographiques

Au membre supérieur, on a soit la **forme molle** par hypotonie soit la **forme raide,** avec griffes, par hypertonie et dystonie.

Au membre inférieur, on observe presque uniquement la **forme raide** ; le membre est alors en flexion et rotation interne.

Au coccyx : après une fracture du coccyx, le blessé souffre souvent pendant longtemps de douleurs tenaces, exacerbées par la position assise et la défécation ; il s'agit d'une **coccygodynie.**

A la face, les troubles physiopathiques n'ont jamais été observés.

II. — TROUBLES PHYSIOPATHIQUES PAROXYSTIQUES

Ils se voient très rarement ; BABINSKI a rapporté le cas d'un soldat ayant reçu une balle dans la main ; la douleur et la contracture augmentaient et remontaient progressivement le long du bras pendant plusieurs jours, jusqu'à atteindre l'épaule. Le malade faisait alors une crise d'épilepsie et l'évolution reprenait.

Plusieurs théories ont été proposées pour expliquer ce bizarre problème de la nocivité à distance d'une lésion.

Pour SICCARD, un virus ascendant remontait le long des nerfs ; c'était donc une névrite ascendante. Mais alors, dans le cas d'une entorse par exemple, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a pas de lésion extérieure comment expliquer l'entrée en jeu de ce virus?...

Pour VULPIAN et pour de nombreux auteurs modernes, il s'agit de troubles réflexes entretenus les uns par les autres. Et, en effet, la technique de LERICHE, de novocaïnisation du ganglion spinal correspondant, donne souvent de bons résultats.

Enfin, pour ALBERT, il s'agirait de réflexes d'axones.

Il est bien probable que le point de départ est le plus souvent un petit nevrome qui, de plus, est venu se développer sur un terrain très réflectogène.

En ce qui concerne les troubles paroxystiques, la physiopathogénie est encore beaucoup plus complexe et méconnue. La première observation a été celle d'un malade qui présentait des crises d'épilepsie parce qu'il s'était mis une épine dans le pied. Mais on sait que, chez un épileptique, des crises peuvent être déclenchées par de faibles excitations comme certains accords musicaux ou lumineux. Ici, un phénomène sympathique doit avoir le même rôle.

Le traitement de ces troubles est très souvent décevant ; ce caractère rebelle à toute thérapeutique, ajouté à la disproportion entre la cause et les phénomènes accusés, incitent inévitablement à classer ces malades parmi les hystériques ou les simulateurs. C'est pourquoi, bien que cette maladie n'ait rien de commun avec une névrose, nous avons cru utile de l'étudier dans ce travail.

Pour soulager et guérir ces malades, on pourra essayer l'hydrothérapie, la physiothérapie, la novocaïnisation des ganglions sympathiques, surtout du stellaire, s'il s'agit d'un bras. Enfin, on peut maintenir ces sujets dans le sommeil pendant cinq à sept jours, au moyen de suppositoires de chloral par exemple. Ainsi, les réflexes peuvent être coupés et le malade peut se réveiller guéri. Malheureusement, son premier mot est souvent pour se plaindre de la même douleur qu'avant la tentative de traitement.

Ainsi, les troubles physiopathiques constituent un syndrome classique, bien étudié et observé de nombreuses fois. Aussi, n'est-il pas question de névrose de rente, ni d'exagération chez les blessés qui en sont atteints. Ce sont des malades et la maladie est la conséquence directe du traumatisme.

En ce qui concerne réellement les **réactions névrotiques** succédant aux traumatismes extra-céphaliques, il en est exactement de même que pour les traumatismes craniens; les accidents pithiatiques, les états d'exagération, ne sont que les manifestations d'une personnalité névropathique antérieure à l'accident qui, lui, ne joue qu'un rôle de prétexte, de facteur déclenchant.

Ici, on ne peut invoquer les lésions du méso-diencéphale pour expliquer les états neuro-psychasthéniques. Ils demandent, eux aussi, pour apparaître, un terrain mental antérieur tendant nettement vers la névropathie, c'est-à-dire ici vers la neurasthénie.

On peut donc dire que, dans toutes les réactions névrotiques succédant aux blessures des membres, l'accident n'a qu'un rôle de facteur déclenchant alors que le grand responsable est le terrain mental antérieur qui, non seulement conditionne la forme de la névrose, mais encore est indispensable à son apparition.

Causes des névroses post-traumatiques

Nous venons d'étudier le rôle du traumatisme et de voir qu'il n'est pas toujours directement responsable de la névrose ; nous venons également de voir qu'un terrain psychopathique antérieur est nécessaire à l'apparition de certaines névroses, mais que, le plus souvent, la constitution n'intervient que pour donner sa forme à la réaction névrotique.

L'âge du blessé n'est pas non plus un facteur négligeable ; on peut dire, en effet, que plus le sujet est âgé, plus le pronostic est sombre. Alors que chez les jeunes, les névroses sont très rares, elles sont presque inévitables au-dessus de 60 ans.

De plus, les troubles mentaux, quels qu'ils soient, et toutes les perturbations apportées au sol psycho-affectif du sujet par l'alcoolisme ou toute autre toxicomanie, sont des facteurs favorisant l'apparition des réactions névrotiques.

INFLUENCE DU NIVEAU INTELLECTUEL

Bien qu'il soit difficile de distinguer dans la société des formes purement manuelles ou purement intellectuelles de l'activité, il a pu paraître à certains observateurs et en particulier à REY, de Genève, que l'intellectuel présentait moins souvent que le manœuvre des réactions névrotiques et qu'il se remettait plus rapidement de son traumatisme. En effet, l'intellectuel ayant des ressources de réflexion fait facilement le bilan de ses déficits, évalue leur relativité, organise des suppléances ; le fait de penser, d'intellectualiser l'altération détermine, en retour, et entre certaines limites, une régulation du dommage.

Par contre, l'individu dont le cerveau est peu différencié fonctionnellement, ne peut organiser de telles suppléances en cas d'altération d'un organe parfaitement suffisant jus-

que-là pour régler une adaptation pratique normale de l'être à son milieu. Ne possédant pas les mêmes mécanismes de régulation que l'intellectuel, ces individus seront vite accablés par leurs malaises et les limites imposées à leur activité. Et pourtant, il faut bien remarquer que les symptômes psychologiques gêneront plus l'intellectuel que le manuel et qu'ainsi le dommage subi sera plus grand chez l'intellectuel.

Mais, d'autre part, l'intellectuel a un prestige à défendre; renoncer à sa profession pour cause d'insuffisance nerveuse, c'est déchoir et se dévaloriser. Et puis, en général soutenu par son milieu, possédant des réserves, il est en posture moins tragique que le manœuvre vivant au jour le jour, souvent chargé de famille.

Ainsi, il peut envisager l'avenir avec plus de calme et évaluer plus froidement les conséquences d'un accident.

ROLE PSYCHOLOGIQUE DU FACTEUR ECONOMIQUE

Il ne faut pas vouloir le minimiser; tout être a un besoin normal de sécurité et il faut reconnaître que la plupart des actions humaines ne visent qu'à créer de la sécurité intérieure et extérieure, et à diminuer l'angoisse native que chaque être porte en lui.

Or, il résulte de la maladie un manque à gagner important et, malgré l'aide apportée aux blessés, les frais s'accumulent, les économies fondent et le blessé, qui a peur de rester infirme, a devant lui la perspective d'un avenir de misère pour lui et pour les siens.

Quoi d'étonnant si cet homme cherche à se faire accorder un taux d'incapacité le plus élevé possible?... Bien sûr, on pourra parler de névrose d'appétition et dire qu'elle est basée sur un utilitarisme plus ou moins conscient, mais, la qualité de malade doit-elle automatiquement créer une noble indifférence financière?...

ROLE DU MILIEU ET DE L'ENTOURAGE

La famille, les amis, qui ont assisté à la transformation du blessé et à son amoindrissement, le plaignent et ne tardent pas à prendre part pour lui contre la société et les

experts; ils vont ainsi, bien souvent, affirmer avec force et, pour donner plus de poids à leurs protestations indignées, à leurs revendications contre l'Etat, la société et surtout les patrons, exagérer les troubles fonctionnels dont se plaint le malade et l'encourager, l'exciter à les mettre en évidence.

Le blessé qui, au début, se rendait compte de leur exagération, finira par se laisser tromper lui-même et par sentir ses souffrances augmentées.

Mais, tout l'entourage n'est pas ainsi persuadé de la réalité de ses maux; il se trouvera certainement quelques créanciers en ayant assez de faire crédit ou quelque connaissance ayant eu le même traumatisme, pour affirmer que le pauvre homme n'est qu'un douillet, un fainéant ou même un simulateur, voulant vivre sans rien faire, en parasite de la société. Ainsi, dans l'entourage même du malade va se créer une atmosphère passionnée qui sera épuisante pour lui et nuisible à son équilibre.

ROLE DES MEDECINS ET DES EXPERTS

Leur responsabilité dans l'apparition des névroses secondaires est souvent très grande. De là l'importance de cette question, car il est regrettable que le médecin, dont le rôle est de guérir, soulager ou prévenir, se voit être ici la cause de la maladie.

André REY, de Genève, a bien analysé cette question dans son étude sur les « Réactions psychologiques des assurés sociaux à l'expertise » (Réf. 24).

La difficulté commence dès que le médecin traitant voit un traumatisé cranien; tout le monde s'accorde sur la nécessité d'un repos prolongé immédiat, condition indispensable d'une bonne cicatrisation des lésions nerveuses possibles. Or, pour obtenir la discipline nécessaire à ce repos forcé, il est nécessaire de faire remarquer au malade que son état est plus sérieux qu'il n'y paraît et pourrait même s'aggraver. Mais alors, le médecin risque de déterminer, chez certains individus, une névrotisation secondaire.

Ainsi, il se trouve devant ce dilemne : ou traiter légèrement les symptômes pour éviter leur fixation psychique, mais alors risquer de voir évoluer le cas vers un état grave impré-

visible, ou, au contraire, montrer le sérieux de la situation et, partant, courir le risque d'une névrotisation secondaire.

REACTIONS PSYCHOLOGIQUES A L'EXPERTISE

Nous n'envisagerons ici que l'expertise faite par un expert de notre époque, instruit du syndrome subjectif des traumatisés craniens des troubles physiopathologiques type Babinski-Froment et des réactions névrotiques secondaires et cherchant à être vraiment l'arbitre impartial entre le blessé et la société.

Dans le but de réaliser un syndrome donnant une preuve suffisante d'objectivité, cet expert cherche à mettre en évidence le plus de symptômes possibles, même très fins, comme de légères anomalies de mouvement ou de sensation ou des particularités récentes du caractère et de la résistance mentale du malade. Il suffit qu'il porte un peu trop d'attention à un symptôme pour que l'inquiétude du malade soit éveillée à l'égard de ce symptôme. Or, ce symptôme est d'autant mieux perçu qu'on y porte davantage d'attention et, quand il est conditionné par un élément vaso-moteur, comme le sont tant de symptômes post-traumatiques (de la céphalée et des vertiges jusqu'à l'impuissance), il risque d'être aggravé par un cercle vicieux émotionnel, à la manière dont s'entretiennent, ainsi que l'a expliqué le Professeur PLANQUES, la plupart des cenesthopathies qui surviennent chez les névrotiques non traumatisés.

D'autre part, si, à partir de ces symptômes l'expert conclut à une maladie sérieuse, le patient sera frappé : « Ces choses que je croyais sans importance sont-elles donc graves », songera-t-il, et, dès lors, il associera la gravité de la conclusion aux symptômes mis en évidence. Chacun d'eux deviendra le signe de cette gravité et, corrélativement, l'idée de gravité se trouvera accrue par le nombre des symptômes remarqués.

EFFETS RESULTANT DE LA TENDANCE A ELIMINER DU TABLEAU CLINIQUE TOUS LES SYMPTOMES SUSCEPTIBLES D'ETRE INFLUENCES PAR LE PSYCHISME

Dans le but d'éviter une névrotisation secondaire, d'autres experts et d'autres médecins traitants affectent, au contraire, dans une rondeur familière, de minimiser les symptômes et dénient toute importance au syndrome subjectif. Ils peuvent ainsi parfois, dans des cas organiques légers et chez des anxieux, arriver à enrayer un début de névrose. Mais à généraliser le procédé on risque d'inspirer au malade le sentiment qu'il est incompris, qu'il va être frustré. Ne distinguant pas quels signes dits objectifs l'expert recherche, ne comprenant pas pourquoi il élimine les symptômes les plus frappants, le malade pensera qu'on suspecte sa bonne foi ou, ce qui est plus grave, que le médecin sauvegarde les intérêts de la société ou de l'assurance aux détriments des siens. Ainsi, il voit se concrétiser dans son cas tous les sujets actuels, passés et futurs, de revendications et de luttes sociales.

Constatant que le médecin ne s'intéresse qu'à certains symptômes, le malade qui se sent par ailleurs suspecté, renforcera progressivement les signes qui lui paraissent retenir l'attention de l'expert. Par contre-coup, l'expert va contrôler et recontrôler ces symptômes, accentuant ainsi leur névrotisation et provoquant une « sursimulation ».

Soucieux de fixer la « personnalité prétraumatique » du malade, il fouillera souvent son passé, posant des questions approfondies sur sa vie psychologique et sur sa vie intime, cherchant à savoir la manière dont il a réagi dans diverses circonstances. Le blessé sera désagréablement surpris par ce genre d'investigation, il sera même choqué, froissé, indigné et n'aura plus cette confiance indispensable en le médecin.

Ainsi, d'expertise en contre-expertise, on voit se former, se consolider une superstructure névrotique qui s'ajoute aux symptômes initiaux, les déforme ou en complique l'évolution.

Déboutés ou incompris, les malades reviendront vers les praticiens qui ont tenu compte de leurs malaises; le récon-

fort qu'ils peuvent trouver auprès de ceux-ci opère souvent une forte fixation affective sur le médecin compréhensif qui devient le sauveur et l'oracle ; on exagère ses paroles, on les déforme et la névrotisation secondaire suit son cours.

Enfin, certains blessés sont irrités par la lenteur des expertises ou par leur rédaction maladroite, équivalant, pour eux qui les liront tôt ou tard, à des allusions calomnieuses. Ils finiront ainsi par refuser de se laisser examiner par tout autre que ceux en qui ils ont confiance ; d'autres, au contraire, tomberont dans un marasme affectif, semblant dire : « Je ne remue plus, je me laisse couler ; il faudra bien que l'on s'occupe de moi et que l'on me rende justice. »

D'autres chercheront à lutter jusqu'au bout, passant alternativement, selon les fluctuations de leur santé, par des phases de dépression et des phases de revendications.

D'autres enfin, qui avaient délibérément exagéré l'importance de leurs symptômes, se trouvent pris dans une aventure dont ils ne savent plus comment sortir : leur amour-propre de petits paranoïaques les empêche de reculer et ils continuent à se débattre contre eux-mêmes et contre autrui, déterminant finalement une grave névrose.

PREVENTION DES NEVROSES POST-TRAUMATIQUES

Pour amener le blessé à se reposer, le médecin doit le renseigner sur la gravité **possible mais non nécessaire** de son état et lui signaler la possibilité de névrotisation secondaire qui le guette. Des individus, même simples, comprennent assez facilement comment des malaises, même réels, peuvent être amplifiés par l'anxiété et que l'évolution du cas dépend beaucoup de leur attitude. Il faut donc initier le malade, dans la mesure où il en est capable, à opérer certaines dissociations et certains classements en lui en montrant la nécessité absolue.

Si la névrotisation secondaire s'est déjà produite, il est souvent utile de présenter la situation sous son véritable jour. Ainsi, le malade sera mis en confiance, l'examen sera plus facile, et les risques de l'expertise diminués.

A. REY, de Genève, propose cet exemple de langage qu'il peut être utile de tenir : « Dans votre cas, comme dans presque tous les cas similaires, il y a la maladie et votre réac-

tion à la maladie et aux ennuis sérieux qu'elle vous cause. En matière d'assurances sociales, seul le facteur maladie entre en ligne de compte. Dès lors, si dans votre comportement et vos réactions à l'examen l'abattement et l'anxiété créés par vos soucis compréhensibles se mêlent sans cesse aux symptômes réels de votre mal, symptômes que vous ne connaissez pas et dont vous n'avez pas à vous préoccuper ici, l'expert ne pourra rien démêler dans votre cas. En toute bonne foi, il devra conclure que votre état présente actuellement un mélange inextricable de caractères différents; il ne peut que proposer d'attendre pour voir comment votre état évolue.

On répètera peut-être les expertises et les mises en observation; bientôt vous vous fâcherez, ne comprenant rien à ces longueurs, votre état empirera du fait de ces réactions et vous irez finalement au-devant de réactions considérables.

Dans votre intérêt, il convient donc, au cours des examens que vous allez subir, de diminuer le plus possible vos réactions personnelles; ce sont elles qui embrouillent tout.»

Mais, si le blessé arrive, dans un effort d'introspection, à dissocier les conséquences réelles du traumatisme de ce qui est la réaction névrotique et si, de ce fait, il s'améliore pendant le temps de l'expertise, il ne convient pas d'enregistrer cette transformation comme le signe péremptoire de l'irréalité des symptômes, ni de faire traîner l'observation pour améliorer encore les résultats, ni de liquider promptement le pourcentage sur une base dérisoire. Ce serait trahir la confiance qui est une des conditions indispensables d'une évaluation équitable; ce serait provoquer des réactions de défense farouches.

Le malade étant ainsi instruit, le médecin devra enregistrer **tous** les symptômes; en surveillant la prise de conscience qu'en opère le malade. Les techniques les plus objectives sont pour cela les meilleures et l'atmosphère nette d'une salle de consultation bien équipée est plus rassurante et plus favorable à la confiance que le confort d'un cabinet luxueux.

Malgré tout cela, l'expert se heurte souvent à une incompréhension et à une méfiance irréductibles; il peut ainsi être contraint à placer le malade en observation. Mais, il devra se garder de le placer dans une maison d'aliénés; en effet,

en leur laissant croire par des mesures extérieures, que leur cas peut être assimilé à celui d'aliénés, on détermine chez eux des réactions affectives intenses.

La mise en observation dans un hôpital, en salle commune réservée aux cas neurologiques est préférable, mais comporte l'inconvénient de la promiscuité entre cas similaires ; dans les heures trop longues d'oisiveté, ils parlent de leurs malaises et de leurs difficultés ; certains sujets suggestibles ont ainsi tendance à assimiler les malaises des autres aux leurs.

Le régime de l'isolement relatif dans un hôpital, à condition qu'il soit toujours accompagné d'une mesure thérapeutiqoe, est le seul qui ne comporte pas d'inconvénients psychologiques ; malheureusement, il est encore trop souvent difficile à réaliser.

TRAITEMENT ET REPARATION

Alors que la prévention des sequelles subjectives post-traumatiques est du domaine de la médecine générale, leur traitement entre dans le domaine exclusif des spécialistes (neurochirurgiens et psychiatres). Il ne nous intéresse donc que peu.

Cependant, une question a pour nous quelque intérêt en ce qu'elle a à la fois, une valeur curative et une valeur diagnostique ; c'est celle du Pentothal. En effet, s'il permet à la faveur du demi-sommeil para-anesthésique, de suggestionner le malade et d'améliorer ainsi sa névrose, il peut permettre aussi de dépister les simulateurs. En tant que procédé thérapeutique, son utilisation n'est pas discutée ; en tant que moyen de diagnostic différentiel nous croyons qu'actuellement la question est également bien tranchée.

En effet, les juristes, les médecins, et avec eux l'opinion publique se sont déjà demandé si l'on avait le droit d'utiliser le « Sérum de vérité » pour prouver la culpabilité criminelle ou l'innocence d'un individu. Les médecins ont montré la valeur toute relative de ce procédé : sous l'effet du narcotique, un esprit tonique, une volonté forte, ne dira que ce qu'il avait décidé de dire avant l'épreuve, alors qu'au contraire on fera dire à d'autres personnes tout ce que l'on voudra.

De plus, tout le monde est d'accord pour estimer qu'imposer à un homme de dévoiler, malgré lui, ses pensées intimes, constitue la plus grande atteinte à la liberté individuelle et la plus grande offense à la dignité humaine.

Donc, nous estimons que si le pentothal garde toute sa valeur au point de vue thérapeutique, il doit être rigoureusement rayé des procédés de diagnostic permettant à l'expert de différencier le malade du simulateur. D'ailleurs, les maladies que nous venons d'étudier forment des tableaux cliniques assez précis pour qu'il soit difficile à un sujet de bien les simuler. Il faudrait, pour cela, un individu vraiment bien averti et, en dehors du corps médical, ils sont peu nombreux. Et puis, si la simulation se voit assez souvent en temps de guerre, elle devient extrêmement rare en temps de paix.

En effet, pour pousser un individu sain et normal à mener volontairement pendant des mois la triste existence de malade, il faut un motif autrement sérieux qu'une simple question d'intérêt ou de paresse, et ces motifs graves ne se rencontrent guère en temps normal.

Au point de vue **réparation,** la nouvelle législation a fait œuvre utile en autorisant la reprise du travail avant même que soit fixée l'incapacité permanente partielle (I.P.P.). Elle permet ainsi, dès que le blessé en est capable, de le réadapter pour le réintégrer progressivement dans la société. Evidemment, l'idéal serait, ainsi qu'on le fait en Angleterre, de pouvoir envoyer ces sujets dans de vastes propriétés terriennes bien situées où, isolés de leur entourage, débarrassés de toute préoccupation matérielle, encadrés par un personnel spécialisé, ils seraient rééduqués si besoin en était et réadaptés, à l'abri de tous facteurs pouvant favoriser l'apparition ou l'aggravation d'une névrotisation secondaire. En France, on se contentera de leur permettre une reprise progressive du travail.

Mais il ne faut pas laisser traîner les choses en longueur. L'expert doit rapidement fixer la date de consolidation et le taux d'incapacité. Il doit se montrer assez large et accorder une pension satisfaisante, enlevant ainsi au malade tout motif de plainte et supprimant, du même fait, le facteur économique si important dans l'étiologie des réactions névrotiques.

Cette largesse momentanée est finalement économique, car l'I.P.P. n'est fixée que temporairement et, à sa prochaine évolution, l'expert trouvera un individu guéri ou bien amélioré, parce que satisfait dès le début. Son I.P.P. sera alors considérablement diminuée sans qu'il courre le risque d'une névrotisation secondaire.

Les questions posées à l'expert par le tribunal sont, en général les suivantes :

1) Fournir tous renseignements sur la nature, la gravité et les conséquences des troubles éprouvés par le malade ;

2) Evaluer dans quelle mesure son état est imputable à l'accident ;

3) Fixer la date de consolidation et évaluer le taux d'I.P.P. dont il est atteint ;

4) S'il n'est pas possible de fixer la date de consolidation et d'évaluer le taux d'I.P.P., déterminer le taux d'incapacité temporaire dont il est atteint.

En éudiant les différents syndromes succédant aux traumatismes, nous avons déjà vu qu'elle est la responsabilité de l'accident. Il est directement responsable aussi bien dans le Syndrome subjectif des traumatisés craniens que dans les troubles physiopathiques succédant aux blessures des membres.

Dans les réactions névrotiques succédant aux traumatismes du crâne, il est encore responsable puisque, sans lui, le sujet serait resté normal ; mais la responsabilité est partagée avec le terrain mental du malade, qui a orienté et parfois favorisé la névrotisation, surtout chez les hystériques et les paranoïaques.

Enfin, il ne joue que le rôle de prétexte dans les névroses succédant aux traumatismes des membres. Ces névroses ne sont post-traumatiques qu'au sens chronologique du mot, ou alors, il faudrait considérer le rôle de l'émotion et, jusqu'à présent, l'émotion ne donne pas droit à une réparation.

Reste à évaluer le taux de l'incapacité permanente partielle. Pour cela, il faudra tout d'abord tenir compte de la gravité du traumatisme, de la durée du coma, de la durée même de l'amnésie post-traumatique, mais sans oublier qu'un traumatisme même léger, sans coma, peut occasionner des

sequelles subjectives et des troubles névrotiques importants.

Puis, avec l'aide de l'otologiste, de l'ophtalmologiste et du neurologue, l'expert évaluera le degré d'incapacité entraîné par les troubles objectifs présentés par le malade.

Ensuite, ce sera au psychiatre de définir et d'estimer les perturbations apportées à la personnalité du blessé par le traumatisme. Enfin, vient le tour du psycho-technicien. C'est lui qui a le rôle majeur dans cette évaluation du taux de l'I.P.P. à accorder, car, à l'aide de tests simples, il fera le bilan de la « **capacité de travail restante** » de l'individu, il fera ressortir la gravité de telle ou telle sequelle pour l'exercice de telle profession et il aiguillera le blessé vers l'activité qui lui convient.

A. REY a mis au point un grand nombre de méthodes qui permettent d'étudier séparément les différentes fonctions psychologiques d'un sujet. (Réf. 23.)

La « **mémoire immédiate** » est étudiée en faisant répéter, après lecture, une série de quinze mots, de quinze figures et de vingt-quatre positions.

La **mémoire de fixation** ou « **acquisition** » est testée à l'aire du « Labyrinthe manuel de Rey », qui sert à fixer une série de quinze mots et une série de quatre positions.

La **mémoire de conservation** est explorée en reprenant les mêmes épreuves au bout de quelques jours.

L'**attention** est étudiée par des épreuves verbales et visuelles, par exemple, compter à rebours de 50 à 9, remarquer les modifications progressives d'une figure.

La «**perception** » est mise en évidence par différentes méthodes : son **aspect intellectuel** par la capacité à structurer des ensembles perceptifs mal définis (points à relier selon certaines figures géométriques par exemple).

L'aspect rapidité de perception, par la présentation de figures au « tachytoscope ».

L'**hyperfatigabilité** est testée par des épreuves manuelles (tournevis) ou intellectuelles (positions présentées schématiquement à inverser).

Enfin, REY recommande de toujours rechercher le niveau mental du malade, dont une atteinte pourrait expliquer les troubles ; il se révèle en général indemne.

La prolongation de ces épreuves, leur finesse, permet aussi au psycho-technicien d'objectiver certains troubles caractériels, comme l'irritabilité ou l'hyperémotivité.

Ainsi, connaissant les capacités restantes du blessé, connaissant les capacités qui lui étaient nécessaires pour exercer son métier, l'expert pourra assez facilement évaluer le pourcentage d'invalidité de l'individu.

DEUXIEME PARTIE

OBSERVATIONS

Nous nous proposons maintenant de voir, par quelques observations, comment l'expert s'attache surtout à différencier les cas où une lésion organique peut être mise en évidence pour expliquer l'invalidité du blessé, de ceux où une réaction névrotique est sûrement présente.

Nous commencerons par les traumatisés du crâne ; cinq observations nous montreront comment des séquelles d'allure pseudo-névrotique, sont, en réalité, dues à un état organique. Quatre autres nous donneront des exemples de réactions névrotiques.

Pour les traumatismes locaux, nous exposerons un exemple de syndrome extenso-progressif, associé d'ailleurs à un état névrotique, et deux observations d'états névrotiques.

I. - SEQUELLES DE TRAUMATISMES CRANIENS

a) CAS OU UN ETAT ORGANIQUE A PU ETRE MIS EN EVIDENCE

OBSERVATION N° 1

Le 30 avril 1948, M. T..., 54 ans, a été renversé par une automobile. Quoiqu'il n'ait jamais été dans un état comateux et qu'il ait pu même faire quelques pas une demi-heure environ après son accident, un médecin a noté, dans les moments qui ont suivi cet accident, « une amnésie totale des faits passés et présents qui paraissaient s'estomper au cours de l'examen ».

Simple plaie superficielle du cuir chevelu, ecchymose au niveau de l'oreille droite et de la région pariéto-temporale droite.

Pas de signes de fracture.

Après un intervalle libre, la nuit du 30 au 1er mai est pénible et l'accidenté présente un état alarmant :

— Des céphalées diffuses atroces;

— Un état de prostration très intense, avec immobilité du visage (facies figé);

— Un ralentissement notable du pouls (60);

— Une chute de la T. A. (de 16 à 12);

— Une diminution des réflexes rotuliens et achilléens droits;

— Une asynergie des muscles élévateurs de la paupière et des globes dans le regard vers le haut (la cornée disparaissant sous la paupière).

Les jours suivants, la chute tensionnelle devient encore plus manifeste (7) ainsi que la bradycardie (59).

Pas de signes neurologiques; abondantes transpirations; Tendance accusée au sommeil.

Dans les jours qui suivent, remontée très lente de la tension et du pouls.

Vers le 20 mai 1948, M. T... est soumis à l'examen du Professeur LAZORTHES (neuro-chirurgien) qui ne trouve aucun signe d'hypertension crânienne et conclue à une commotion cérébrale simple.

Le 4 septembre 1948, le Professeur GERAUD l'examine et note :

— une difficulté à s'exprimer (par asthénie et non par dysarthrie);

— une fatigabilité intense qui l'empêche de fournir le moindre effort; des céphalées, des douleurs dorso-lombaires.

Il ne relève aucun signe neurologique organique, note seulement une atrophie musculaire importante mais globale, une ankylose presque complète de l'épaule gauche, sans lésion osseuse.

— T.A. : 14 - 8,5; pouls : 75;

— Abondantes transpirations;

— Station debout et marche impossibles; après de grands efforts il réussit à faire un pas, mais soutenu par deux personnes.

Les jours suivants, le malade, puissamment invigoré sur les conseils du Professeur GERAUD, fait ses premiers pas.

Il est hospitalisé dans le service neurologique, où son amélioration se poursuit régulièrement.

Sorti de l'hôpital, il marche de plus en plus, de mieux en mieux, commence à gravir des escaliers. Son amélioration s'affirme tous les jours davantage.

Le 13 janvier 1949, M. T... est examiné par le Professeur PLANQUES, en vue d'expertise. Il ne note aucun symptôme d'ordre neurologique. Par contre, troubles mentaux résiduels importants :

— Mémoire très affaiblie (les circonstances de l'accident sont oubliées). La mémoration des faits anciens ou récents est lente et pénible;

— Facultés intellectuelles (capacité de calcul en particulier) visqueuses et lentes (avant, étant marchand de primeurs, il calculait très vite de tête);

— L'intérêt qui s'attache normalement aux affaires, à la famille, naguère très vif chez lui, est abaissé fortement. C'est à peine s'il commence à éprouver péniblement son état de déchéance momentané;

— Est beaucoup plus irritable;

— Sa propension au sommeil, encore très nette, va en diminuant;

— Rien de spécial du côté des différents appareils (urines, T.A. T°);

— Suivant le médecin de la famille, tous ces symptômes sont en régression progressive.

Il s'agit d'un syndrome commotionnel dont la particularité est d'affecter électivement les fonctions végétatives et toniques : hypotension, fortes sueurs, inertie et hypotonie musculaire, hypersomnie, diminution de l'affectivité.

De tels troubles relèvent surtout d'une atteinte de la région du troisième ventricule, que semble corroborer l'asynergie des muscles oculaires et palpébraux notée au début. On a donc toutes raisons de croire à la sincérité parfaite de cet homme de 55 ans qui a présenté au début, sinon un coma traumatique, tout au moins des signes commotionnels végétatifs très graves, dont la famille déplore l'éloignement du métier, etc... et qui répond, en somme, à des phénomènes un peu anormaux mais connus.

On peut donc ici accorder à l'accident la responsabilité entière de l'invalidité du blessé. Il y a une lésion du troisième ventricule et toute réaction névrotique peut être écartée.

Etant donné l'état de l'accidenté au moment de l'expertise, son incapacité de sortir seul, son indifférence à l'égard de ses propres intérêts, une incapacité temporaire de 100 % lui a été accordée, la date de consolidation n'étant pas fixée, par suite de la progressive amélioration de tous les symptômes.

Nous allons maintenant voir un cas où l'existence d'un facteur organique n'a pu être démontré que par l'électro-encéphalogramme.

OBSERVATION N° 2

En avril 1948, Mme S..., 48 ans, a été victime de l'accident suivant : sa voiture stationnait sur le bord de la route; debout à l'extérieur de la voiture, Mme S... était penchée vers l'intérieur par la portière avant gauche ouverte. Un camion qui stationnait 3 m. 50 en avant environ, effectua une marche arrière, tamponnant sur l'avant la voiture de Mme S... Cette dernière reçut du montant de la portière une contusion sur la région pariéto-occipitale droite, sur le côté droit du cou et sur le moignon de l'épaule droite. **Une perte de conscience de dix minutes environ** a eu lieu.

Un médecin consulté alors n'a constaté « qu'un état de choc commotionnel très marqué, avec tremblements, d'une durée d'un quart d'heure environ ». Après quoi, Mme S... se plaignait seulement de douleurs dans la région scapulaire droite.

Quatre jours plus tard, un autre médecin appelé en consultation constate :

— un certain degré de torpeur avec instabilité du pouls passant de 80 à 60;
— des céphalées à localisation occipitale, surtout droite;
— l'absence de syndrome neurologique constitué.

Cinq semaines après l'accident, un autre médecin examine Mme S... pour le compte d'une compagnie d'assurances. Il constate :

— une émotivité très accusée;
— un pouls bien frappé mais instable, passant de 60 à 80 pulsations minute dans l'espace de quelques instants.
— des céphalées intermittentes, à localisation occipitale;
— les mouvements passifs, surtout de flexion latérale, de la colonne vertébrale cervicale, sont douloureux;
— un léger myosis de l'œil droit.

Mme S... se plaint de cauchemars nombreux, d'insomnie, d'irritabilité vis-à-vis de son entourage, d'anorexie constante déterminant un amaigrissement, de sueurs nocturnes très abondantes et pénibles.

L'état général est mauvais, l'asthénie très notable.

La tension artérielle est de 11-7 au Vaquez.

— En juin 1948, un quatrième docteur constate « les symptômes caractéristiques des suites de toutes commotions cérébrales traumatiques avec gros troubles neuro-végétatifs, céphalées, vertiges, insomnie, anxiété, tremblements, etc...

— En février 1950, un **examen électro-encéphalographique** révèle les constatations suivantes : Rythme alpha de très mauvaise qualité, bas voltage (10 microvolts) irrégulier en amplitude (passant brusquement de 10 à 50 et 60 microvolts) et en fréquence (de 9 à 14 cycles par seconde). Les dérivations auriculaires sont le siège d'ondes de forme anormale : complexes polyrythmiques, pointes diphasiques et d'une amplitude de 50 à 60 microvolts qui est cinq ou six fois plus grande que l'amplitude du tracé fondamental.

La dérivation occipito-auriculaire droite est plus perturbée que les autres.

L'hyperpnée montre des bouffées d'ondes synchrones et bilatérales dans les dérivations frontales et préfrontales droites et gauches.

Les dérivations du cuir chevelu sont de bas voltage. Toutefois, on trouve sur ce bas voltage associé à des fréquences de 11 et 13 cycles/seconde, des ondes d'une amplitude cinq fois plus élevée et de 8 cycles/seconde, en particulier dans les dérivations pariéto-occipitales à droite et à gauche, ces caractères prédominant nettement à droite.

En résumé, électro-encéphalogramme présentant des anomalies nettes prédominant dans la région pariéto-occipitale droite et temporo-occipitale droite.

— En juin 1950, expertise par les Professeurs PLANQUES, DARDENNE et DEODATI :

1°) Les symptômes accusés par Mme S... dans l'ordre **neurologique** sont des céphalées très fréquentes, diffuses, provoquées par l'effort d'attention, peu soulagées et seulement par la coryphédrine, et un fort tremblement.

Aucun signe objectif de la série neurologique. En particulier, les grandes voies motrices, cérébelleuses, sensitives, les fonctions d'équilibration sont intactes. On ne remarque qu'une certaine vivacité de ses réflexes tendineux. Le tremblement des extrémités, d'amplitude et d'intensité très variables, est exalté par toute cause d'émotion, d'énervement, et manifestement lié, non à des altérations neurologiques mais à l'émotivité excessive.

2° Légère **surdité** droite à type de perception (montre perçue à 0 m. 75 à droite, à 1 mètre à gauche. Weber latéralisé du côté gauche; Rinne positif des deux côtés).

Bonne équilibration (pas de nystagmus, pas de Romberg).

3°) Examen ophtalmologique absolument négatif.

4°) Les **phénomènes mentaux** sont au premier plan :

Mme S... accuse une fatigabilité considérable dans l'ordre intellectuel aussi bien que physique. Elle se sent incapable de concentrer son attention sur le travail. Elle est dans un état de tension émotive constante qui se décharge dans une nervosité que toute occasion exalte. En particulier, pendant l'examen médical, sa nervosité s'extériorise par des pleurs et des tremblements qui s'accentuent à mesure qu'elle s'énerve. Elle ne travaille pas, alors qu'auparavant elle aidait très utilement son mari dans son commerce (vente, tenue des comptes); elle fait tout au plus, en se traînant, une partie de son ménage. Elle n'arrive pas à concentrer son attention, à coordonner efficacement ses idées en vue de son action.

Comme elle le dit, « elle se perd dans son travail ».

Elle éprouve péniblement cette nervosité et cette mauvaise adaptation. Sans être positivement triste, elle est dans un état perpétuel d'angoisse.

Elle a perdu en partie le sommeil qui reste hanté de cauchemars et se sent surtout fatiguée au matin.

Ajoutons qu'en dehors d'une concentration de sa pensée sur ses misères, Mme S... n'exprime aucune production mentale pathologique, en particulier aucune obsession réellement prévalente.

En somme, fatigabilité, dérèglement émotif se projetant sur le plan somatique, désorganisation de l'activité coordonnée, tel est, chez elle, le syndrome dominant.

5°) L'**E.E.G.** a permis les constatations suivantes :

Le tracé est pauvre en rythme alpha et celui-ci est bas volté et peu régulier. La réaction d'arrêt est cependant visible. Amplitude du rythme alpha : **30**.

Se détachant sur ce rythme alpha, on remarque la présence de pointes isolées d'une amplitude de **50** et d'ondes à front raide. Ces dernières sont, à certains endroits, groupées, constituant des bouffées de rythme.

Les divers montages montrent que ces ondes anormales se

manifestent au niveau des deux régions occipito-temporales. Les anomalies semblent plus nettes sur le tracé de gauche qu'à droite.

L'hyperpnée accentue les aspects ci-dessus.

Cette malade présente un **état neuropsychasthénique.** Résulte-t-il du traumatisme ?... Celui-ci, sans être très intense, a suffi toutefois à lui faire perdre conscience pendant dix minutes. Il a existé, au début, un état de choc, de la torpeur, de la somnolence; il persistait en mai 1948, de l'anorexie, de l'amaigrissement, des sueurs nocturnes abondantes, une hypotension artérielle modérée, un léger myosis de l'œil droit. Il s'agit là de la forme adynamique des commotions crâniennes (DE MORSIER).

Le caractère anormal de l'E.E.G. prouve que le cerveau de la malade n'est pas parfaitement sain. Ce qui ne veut pas dire que ce soit sûrement le traumatisme qui l'ait lésé. Mais il y a une forte présomption, vu l'absence d'autre cause connue, que ce soit bien le traumatisme qui l'a altéré.

Il est certain, d'autre part, qu'un état neuropsychasténique de cause seulement psychogène, qui constituerait un trouble mental pur, une pure névrose, ne suffirait pas à troubler l'E.E.G. d'une manière si nette. Force est donc de penser que l'état neuropsychasténique a pu être déterminé par l'anomalie cérébrale elle-même d'origine traumatique et qu'il ne s'agit point nécessairement d'une névrose psychogène engendrée par un désir de revendication plus ou moins inconscient.

Il se peut, toutefois, qu'un syndrome neuro-psychasthénique traumatique se soit surchargé de troubles névrotiques psychogènes secondaires et nous serions particulièrement portés à penser qu'il en est ainsi dans le cas présent où a joué au moins un facteur déterminant de première importance : la lenteur apportée au règlement du dommage.

Le rôle de base d'un facteur organique n'en est pas moins établi par : la réalité d'un traumatisme cérébral sérieux.

— les troubles nerveux du type végétatif et adynamique qui se sont exprimés éloquemment après le traumatisme;

— des signes électriques objectifs qui témoignent d'une lésion du cerveau, probablement traumatique.

Tout cela étant considéré, étant donné que l'état de la

malade paraissait susceptible de s'améliorer considérablement dans l'avenir, le taux de l'I.P.P. n'a pas été fixé; l'incapacité temporaire a été fixée à 50 %, révisible au bout de deux ans.

L'observation suivante sera très comparable à celle que nous venons de voir. Chez une malade présentant un syndrome neuro-psychasthénique, l'électroencéphalogramme seul a montré l'existence d'un état organique.

OBSERVATION N° 3

Le 23 août 1949, Mlle A..., âgée de 24 ans, revient de Toulouse en voiture quand cette voiture entre en collision, nez à nez, avec une camionnette roulant en sens inverse. Mlle A... perd complètement conscience et se réveille chez des fermiers où elle avait été transportée. Cette perte de conscience a duré plusieurs minutes.

Un docteur aussitôt mandé, a constaté : des contusions et écorchures multiples et un syndrome de commotion cérébrale avec semi-coma, délire tranquille, vomissements au moindre mouvement, hypotension.

Après injection de toni-cardiaques et hypertenseurs d'urgence, la blessée a été transportée dans une clinique où elle est restée 48 heures en observation.

Rentrée chez elle, la malade appelle son médecin qui constate, le 26 août 1949 :

1°) Plaie mentonnière de 2 centimètres de longueur;
2°) Fractures dentaires intéressant l'incisive gauche médiane inférieure et la troisième grosse molaire droite;
3°) Présence d'un hématome au niveau du genou droit;
4°) Fortes douleurs accusées à la palpation et à la mobilisation du genou droit, de la hanche droite, de la charnière vertébrale dorso-lombaire;
5°) Tremblement statique des extrémités;
6°) Troubles subjectifs consistant en : Céphalées, éblouissements, bourdonnements d'oreille.

Par la suite, Mlle A... éprouve de l'insomnie, des céphalées, des bourdonnements d'oreille; un état d'émotivité intense s'est installé : elle tressaille au moindre bruit, tremble à la moindre émotion.

En septembre 1949, elle est examinée, à Marseille, par un docteur qui constate : « L'existence de troubles fonctionnels caractérisés essentiellement par des céphalées bitemporales, accompagnées d'algies intra-orbitaires, de vertiges avec impression d'entraînement en arrière, d'insomnie, d'une irritabilité et d'une hyperémotivité excessives, de troubles de la vision, de crises nerveuses avec agitation extrême et hypertonie, qui présentent des éléments évidents de paroxysmes pithiatiques et qui sont déclenchées par les moindres contrariétés.

« Ces différents troubles fonctionnels sont apparus après un traumatisme crânien important et sont dus à une commotion cérébrale qui a entraîné un déséquilibre neuro-végétatif général confirmé par l'électro-encéphalogramme.

« Il y a lieu de faire des réserves pour l'avenir. »

Les tracés électriques avaient donné en effet, le 15 novembre, les résultats suivants : Les tracés de repos sont constitués dans toutes les dérivations par la superposition d'un rythme alpha à 12-14 c/s, d'amplitude modérée, prédominant dans les régions occipitales où il réagit bien à l'ouverture des yeux et des bouffées théta à 6-7 c/s de faible amplitude, prédominant dans les dérivations transverses et présentant quelques bouffées discrètement hypersynchrones.

L'hyperpnée fait apparaître, dans toutes les dérivations, au cours de la seconde minute, des bouffées lentes hypersynchrones à 3-5 c/s de très forte amplitude, persistant peu à la fin de l'épreuve.

La stimulation lumineuse intermittente est sans effet sur les tracés, mais déclenche des perturbations subjectives importantes.

En conclusion, tracés ne présentant aucune anomalie focalisée, mais où l'on note par contre quelques anomalies hypersynchrones, considérablement augmentées par l'épreuve de l'hyperpnée. Importante labilité cortico-diencéphalique, qui doit être considérée comme anormale à l'âge de la malade.

Le 12 novembre 1950, un autre médecin de Marseille constate :

1°) Astigmatisme hypermétropique bilatéral;

2°) Acuité visuelle : O.D. 10/10, O.G. 9/10;

3°) Motilité extrinsèque et intrinsèque normales;

4°) Champs visuels normaux;

5°) Fonds d'œil normaux;

6°) Tension artérielle : contact.

En conclusion : asthénopie et baisse de la tension artérielle qui sont l'effet de l'accident.

Le 27 juillet 1950, **examen effectué par le Professeur PLANQUES :**

Mlle A... accuse :

1°) des céphalées siégeant au vertex où elles sont gravatives, dans la région de la nuque et la région rétro-mastoïdienne où elles s'accompagnent d'hyperalgésie des téguments; douleurs surtout matinales mais s'étendant sur toute la journée et même sur une partie de la nuit, aggravées par la lecture, l'effort intellectuel, non modifiées par le décubitus, les règles, les changements de temps, faiblement atténuées par les analgésiques habituels, s'accompagnant de transpirations localisées à la tête et d'une légère torpeur.

Ces céphalées apportent en somme, une sérieuse gêne à l'activité intellectuelle, au sommeil;

2°) des vertiges, éprouvés soit en position debout immobile (sensation d'instabilité non localisée), soit à l'occasion de mouvements brusques, spécialement la flexion du corps en avant. Ces troubles se renouvellent pendant quelques secondes, à plusieurs reprises dans la journée;

3°) des troubles de l'activité mentale :

— Hyperalgésie sensorielle (le bruit lui fait mal);

— Forte asthénie : ne peut lire ou coudre d'une façon prolongée et utile (est arrêtée par le mal aux yeux, la céphalée, s'endort), manque de courage;

— Hyperémotivité considérable : elle tremble des pieds à la tête à la moindre contrariété pendant plusieurs minutes. Ces crises de nerfs, auparavant très fréquentes, tendent actuellement à s'espacer de dix à vingt jours;

— Tendance à la mauvaise humeur, à la tristesse; s'afflige d'avoir perdu un fiancé; craint l'avenir;

— Le sommeil nocturne est imparfait, amoindri par la céphalée, peuplé de cauchemars; il est compensé par une somnolence diurne indésirable;

— Il existe de petites productions du type psychasthénique (peur de traverser la rue ou un grand espace).

L'examen objectif montre l'intégrité générale des grandes fonctions neurologiques : la sensibilité, les réflexes, l'équilibration, les organes sensoriels ne présentent aucune altération constatable.

L'état général est bon. Les modifications accusées de ce côté, depuis l'accident, sont : un amaigrissement de 3 ou 4 kilogrammes, une augmentation dans la durée et l'abondance des règles.

Un nouvel examen E.E.G. fait le 27 juillet 1950, a donné les résultats suivants : « Le tracé de base est constitué par un rythme alpha peu ample à 10-11 c/s qui d'ailleurs devient plus net après un moment d'examen et sous l'influence de l'hyperpnée.

Sur ce tracé se superposent :

— des ondes pointues, des pointes qui dépassent largement en amplitude le tracé voisin;

— des bouffées d'ondes type théta à 5-6 cycles/seconde.

Toutes ces anomalies apparaissent dans toutes les dérivations, ne sont nullement localisées. Elles sont moins marquées dans les dérivations frontales que dans les dérivations postérieures.

L'hyperpnée a augmenté la fréquence des accidents décrits ci-dessus, mais n'a pas modifié leur type.

Une hypoglycémie provoquée a fait apparaître des bouffées d'ondes lentes de type hypersynchrone.

Conclusion : Tracé nettement anormal chez une malade de 24 ans.

Mlle A..., qui était antérieurement en bonne santé, présente donc, depuis un traumatisme crânien de moyenne importance, sans fracture, une série de troubles subjectifs pénibles (céphalées, vertiges), une série de troubles mentaux avec forte asthénie limitant l'activité, forte émotivité gênant l'adaptation générale; état cénesthésique pénible.

Des constatations électro-encéphalographiques renouvelées montrent des anomalies du rythme cérébral au repos et une anormale labilité de ce rythme à l'épreuve de l'hyperpnée comme à celle de l'insuline.

De telles constatations, jointes à celles faites le 12 novembre 1949 au niveau de ses fonctions visuelles, objectivent l'état anormal du système nerveux.

Il est certain qu'au cours d'états mentaux non traumatiques, tels que neurasthénie, psychasténie, ces troubles électro-encéphalographiques ne sont jamais rencontrés. Or, cet état anormal ne peut en fait, être imputé qu'au traumatisme, puisque aucune autre cause n'a pu être mise en évidence par l'examen attentif de ses antécédents et de ses organes.

On peut admettre toutefois que le terrain, la constitution de cette malade, se sont montrés particulièrement sensibles, particulièrement réceptifs au traumatisme. Mais il est impossible de dire dans quelle proportion exacte intervient cette sensibilité du terrain et dans quelle proportion intervient la réaction névrotique secondaire pour compliquer et prolonger les troubles traumatiques. Terrain et réactions névrotiques interviennent certainement pourtant pour conditionner partiellement l'état de cette personne.

Compte tenu de toutes ces considérations, le dommage imputable au tramatisme a été évalué à 50 %, chiffre servant de base à l'I.P.P. Mais, l'ensemble des troubles éprouvés paraissant en régression (en particulier les céphalées et surtout les crises hyperémotives) il a paru nécessaire de réévaluer l'I.P.P. au bout de trois ans.

L'exemple suivant sera très exactement comparable à celui-ci; seules les anomalies de l'examen électro-encéphalographique prouvent l'existence de troubles organiques dus au traumatisme chez ce blessé.

OBSERVATION N° 4

Le 28 juillet 1950, étant en moto, M. M... est abordé de face par une voiture venant en sens inverse; le choc violent l'a projeté par-dessus la voiture.

Consécutivement à ce choc, M. M... éprouve des scintillements dans sa vue, est resté quelques secondes absent, s'est inconsciemment relevé, « s'est retrouvé debout » fortement énervé. Il a pu rentrer chez lui sans être hospitalisé. Un repos de un mois lui est accordé par certificat médical.

Le 28 août 1950, son docteur signale que les lésions sont consolidées. Le blessé se plaint toutefois de vertiges et de céphalées occipitales. Une incapacité partielle permanente est à prévoir dont le taux reste à fixer par expertise.

Le 4 septembre 1950, un nouveau certificat de son docteur signale des troubles vertigineux et des céphalées occipitales transitoires; (en effet, le 4 et le 13 septembre 1950, pris de malaise, il a dû être ramené à son domicile par ses camarades de travail).

Le 2 mai 1951, il est examiné par le Professeur PLANQUES :

1°) M. M... accuse les troubles suivants :

— Ses perceptions sont imprécises, un peu nébuleuses, en particulier pour voir clairement les objets il doit faire un effort. L'ambiance d'une foule mouvante le trouble, lui communique une sensation personnelle d'instabilité momentanée;

— Sa mémoire est assez nettement altérée, il y a dans son travail des hésitations, des oublis;

— Son jugement reste cependant intact; M. M... a repris son travail d'ajusteur comme par le passé, mais il se sent dans les mouvements une moindre aisance; les mouvements qui étaient auparavant automatiques demandent un certain effort de volonté;

— Il craint les changements d'occupation parce qu'il s'adapte moins bien aux changements que nécessite son travail. Son chef a plusieurs fois remarqué, dit-il, la diminution de son rendement;

— Il est facilement émotionné, angoissé, oppressé, ressent des palpitations. A ses troubles déficitaires s'ajoutent quelques productions du type obsessionnel : peur et attrait simultanés à l'égard de l'hélice en mouvement d'un moteur à l'essai, peur d'un rasoir.

2°) On ne constate chez M. M..., ni à l'examen neurologique ni à l'examen général, aucun signe objectif. Sa vue, son audition sont intactes.

Par contre, **l'électro-encéphalogramme** pratiqué le 22 février 1951, à la Faculté de Médecine, a donné les résultats suivants :

Tracé bas volté mais sur lequel on peut distinguer :

— Un rythme alpha à 9-10 cycles/seconde;

— Des passages de rythme nettement plus lent : 7 c/s et quelquefois moins.

Présence de plus, de quelques ondes de type hypersyn-

chrone et d'une durée de 1/5 de seconde, et de quelques ondes raides.

Conclusion : Tracé nettement anormal de façon diffuse.

1°) Au premier abord, M. M..., qui ne présente d'ailleurs pas la moindre tendance revendicative, apparaît comme un hyperémotif à tendance psychasthénique.

Il reconnaît même avoir été de tout temps hyperémotif.

2°) Mais il affirme que tous ses troubles ont été aggravés depuis son traumatisme et que les troubles de l'activité, en particulier, n'existent que depuis le traumatisme.

L'électro-encéphalographie montre les perturbations les plus nettes de son tracé.

Or, ces perturbations n'existent jamais du fait des simples manifestations psychasthéniques, si largement répandues.

Force est donc de les rapporter au traumatisme, sinon avec une certitude absolue, au moins avec une très forte vraisemblance.

Force est également d'admettre que les troubles nouveaux qu'il accuse et qui s'ajoutent à son hyperémotivité constitutionnelle, sont en corrélation avec ses anomalies psychiques et électriques.

En somme, il existe du fait du traumatisme, des anomalies psychiques et électriques. Il est difficile d'en fixer le pronostic exact. Ces troubles peuvent s'améliorer; mais il est nécessaire de faire d'importantes réserves sur l'avenir, en particulier concernant des possibilités de crises nerveuses.

Aussi, le Professeur PLANQUES a-t-il proposé deux solutions :

— soit le consolider avec une invalidité permanente de l'ordre de 20 %;

— soit, lui accorder une invalidité de l'ordre de 30 % révisable au bout de un an, avec, à ce moment, un nouvel examen clinique et électro-encéphalographique, et consolidation.

Dans la cinquième observation, nous ne trouverons pas de signes objectifs d'une lésion organique. Seule, l'existence d'un syndrome post-commotionnel classique prouve l'organicité des troubles accusés par le blessé.

OBSERVATION N° 5

Le 3 décembre 1941, M. B..., alors âgé de 40 ans, polissait un versoir de charrue, quand cette pièce ayant rebondi sur le polissoir, a été projetée en l'air, touchant M. B... à la tête. Celui-ci a perdu complètement connaissance pendant plusieurs jours. Il a été transporté en clinique et trépané.

Un docteur avait constaté : une fracture de la base du crâne, une fracture de l'os malaire gauche.

Après trépanation et quarante-sept jours de repos absolu, le blessé a pu reprendre son travail au bout de six mois. A ce moment, un médecin certifie qu'il présente encore des séquelles graves : céphalées, vertiges, bruits dans la tête, secousses électriques dans les membres inférieurs, qui lui interdisent tout travail normal et suivi.

Le 9 avril 1943, M. B... est examiné par le Professeur PLANQUES, en vue d'expertise. Il accuse alors :

— de grandes céphalées survenant quatre ou cinq fois par mois durant plusieurs jours et s'exagérant quand il travaille la tête basse;

— quelques vertiges non latéralisés aux changements de position;

— un retentissement pénible dans la tête, des bruits de machine, des coups de marteau, etc...;

— une diminution de sa mémoire de fixation;

— une anormale variabilité dans ses dispositions au travail; il travaille avec moins de goût qu'auparavant, dans des circonstances plus pénibles;

— il aurait maigri de 14 kilos.

— il accuse encore une perte de la force de ses membres supérieurs qui tremblent facilement.

L'examen objectif permet de constater :

Une profonde cicatrice de la région de la queue du sourcil gauche, prolongée par une cicatrice linéaire horizontale de 10 centimètres, s'étendant jusqu'au dessus de l'oreille gauche. Sans signe osseux à la palpation;

Une légère déformation de l'os malaire.

Examen neurologique : Complètement négatif (motilité, sensibilité, réflexes, nerfs crâniens).

L'examen psychiatrique confirme l'existence des troubles accusés par le blessé, souligne la fatigabilité et laisse une impression de parfaite sincérité.

Pas de troubles de caractère épileptique ou d'équivalents.

Après un traumatisme aussi important, ayant occasionné une fracture du crâne, ayant nécessité une trépanation avec quarante-sept jours de repos absolu, l'existence de ce syndrome post-commotionnel ne paraît pas surprenante, d'autant plus qu'il reste compatible avec la continuation de l'activité du blessé, ou tout au moins avec une certaine activité, considérablement gênée et diminuée par les séquelles du traumatisme.

Aussi, l'I.P.P. a-t-elle été évaluée à 25 % (taux définitif), l'incapacité ayant été complète pendant six mois.

b) CAS OU UN ELEMENT NEVROTIQUE EST SUREMENT PRESENT

Nous allons voir, dans quatre observations de traumatismes crâniens, qu'il s'agit ici de réactions névrotiques, soit seules (Obs. 8), soit venant compliquer un syndrome post-commotionnel (Obs. 5, 6, 7). Nous y verrons également que, sauf dans la première observation où, à la suite de deux accidents ayant entraîné de multiples expertises, le blessé, véritable loque humaine, se voit accorder une I.P.P. de 100 %, les taux d'I.P.P. sont en général très faibles par rapport à la gravité apparente des symptômes.

C'est qu'ici la notion de terrain intervient pour se partager avec l'accident la responsabilité de l'incapacité présentée par le malade; aussi la réparation s'en trouve-t-elle diminuée.

OBSERVATION N° 6

Le 18 décembre 1945, M. J..., 42 ans, fait une chute dans un escalier de fer, au cours de son travail. Il en résulte une contusion lombaire importante, nécessitant son transport par ambulance et un séjour de vingt jours au lit.

L'incapacité, à cette époque, avait été temporaire de quinze jours avec prolongation d'un mois.

M. J... reprend son travail, mais avec peine.

Le 20 août 1946, il est de nouveau blessé par le choc d'un gros morceau de charbon, détaché du tapis d'orientation et tombé sur lui d'une hauteur de 10 mètres environ.

Il a reçu le choc dans la région frontale médiane et gauche et il a aussitôt présenté une perte de connaissance qui a duré une demi-heure environ.

Dans les jours qui suivent, il est atteint de bégaiement, d'étourdissements, de céphalées, mais ne présente pas de paralysies; il est soigné dans le service du Professeur RISER.

Le 10 septembre 1946, apparaît une sciatique rebelle, pour laquelle il est transféré dans le service du Professeur DUCUING. Là, on note, d'une part :

— des céphalées paroxystiques sans vomissements;
— des troubles oculaires : points brillants, brouillards, vertiges;
— des troubles de la mémoire avec baisse des fonctions intellectuelles.

D'autre part :

— un endolorissement continu du membre inférieur droit, rendant la marche pénible;
— des douleurs dans la région lombaire avec irradiations ascendantes.

Cette deuxième série de troubles est due à un Spondylolisthésis pour lequel le malade subit une greffe osseuse lombo-sacrée par voie trans-abdominale, le 20 mars 1947.

Il rentre chez lui le 16 avril 1947, avec un lit plâtré et le 1er décembre 1947, il fait une tentative de reprise du travail.

La première expertise a lieu en **mai 1948**; l'expert conclut en l'existence d'un syndrome crânien post-traumatique bénin, traduit par des maux de tête, un léger tremblement, des insomnies, de la difficulté de la mémoire d'évocation et de la fatigabilité générale. Ce syndrome étant la conséquence directe et immédiate de l'accident du 20 août 1946, il accorde une I.P.P. de 8 %.

En janvier 1949, au cours d'une nouvelle expertise, le même expert reconnaît :

— un enraidissement de la colonne lombo-sacrée;

— de la fatigabilité;
— une limitation certaine aux travaux de force;
— des troubles de la marche liés à une imperfection de la statique pelvi-rachidienne.

Il accorde une I.P.P. de 30 % pour le premier accident; pas de changement pour les 8 %.

Donc, I.P.P. de 38 %.

En février 1949, un médecin fait un rapport médical déclarant M. J... incapable de travailler et demandant une nouvelle expertise pour fixer une I.P.P. entre 80 et 100 %.

En avril 1949, un nouvel expert déclare que M. J... présente :

1°) Des reliquats de spondylolisthésis traumatique traité par greffe lombo-sacrée. Ce spondylolisthésis paraît avoir été aggravé par le deuxième accident :
— Raideur rachidienne limitant considérablement la flexion du tronc;
— Impotence considérable de la jambe droite amenant une forte claudication et, à la moindre fatigue, forte irradiation douloureuse dans sciatique droit.

De plus, vives douleurs vertébrales cervico-dorsales irradiées dans les épaules et les bras, survenant à la moindre fatigue et qui, en raison de l'absence de lésions radio-visibles, semblent dues à une statique défectueuse, conséquence du spondylolisthésis et de la xyphose cervico-dorsale de compensation qu'il provoque.

2°) Des reliquats de sa contusion cérébrale, avec perte de connaissance de quinze minutes et cicatrice de la région médio-frontale :
— Syndrome commotionnel : Céphalées frontales, vertiges aux changements de position, insuffisance de la mémoire de fixation, nervosité, insomnie, fatigabilité psychique intense, diminution très forte de l'acuité auditive et olfactive;
— Reliquat contusionnel du cerveau avec :
Parésie du facial inférieur droit;
Discret syndrome pyramidal droit (signe de Barré du bras droit).

2° bis) Ebranlement des incisives et des canines supérieures.

Il accorde une I.P.P. de 80 à 85 % :

45 % pour 1°;

40 % pour 2° et 2° bis.

Le 24 septembre 1949, on note que les signes neuro-végétatifs se sont accusés :

— crises de sudation généralisée, sans raison, au repos, le baignant de sueurs;

— crises de refroidissement des extrémités, avec fourmillements et pâleur;

— faiblesse des jambes accrue.

D'autre part : a été pris le 14 juin 1949, de fortes obnubilations durant une heure, suivies de « pleurs spasmodiques ». Depuis, le malade a eu trois crises de pleurs spasmodiques.

— Les céphalées sont de deux types :

1) Sensation de brûlure en bandeau, par crises;

2) Au frôlement, douleur de la zone traumatisée, comme si on touchait une plaie;

— Diplopie à la fatigue et troubles de la vue.

Le Professeur PLANQUES déclare alors qu'il s'agit de deux séries de symptômes :

1) Reliquats d'un spondilolisthésis traumatique dont le blessé est incomplètement guéri;

2) Reliquats d'une commotion cérébrale.

Il déclare de plus : « Il apparaît extraordinaire qu'un père de quatre enfants n'ait pas reçu depuis le 15 décembre 1947 (date à laquelle on a cessé de le soigner) le moindre début de réparation. Il s'ensuit un état névrotique secondaire, de plus en plus grave chaque jour, et qui, en toute justice, devra être lui aussi réparé.

Enfin, le 21 novembre 1950, après une nouvelle expertise, un jugement du tribunal accorde à M. J... une I.P.P. de 100 % à compter du 15 décembre 1947, date de consolidation de ses blessures.

Cette observation est surtout intéressante en ce qu'elle est un exemple type de l'influence néfaste des longueurs de procédures et des expertises répétées sur la guérison progressive des blessés.

Cet homme, rendu déjà infirme par un premier accident en 1945, souffrant de céphalées, de vertiges, d'insomnie, de

fatigabilité psychique intense, de diminution de la mémoire, de diminution de l'acuité auditive, est resté pendant quatre années, traîné d'expertise en expertise, avant de voir son cas définitivement réglé; de plus, cette pénible attente se doublait d'une encore plus pénible angoisse matérielle : père de quatre enfants, incapable de travailler, il est resté pendant plus de deux ans sans toucher le moindre début de réparation. Comment ne pas rendre la société responsable de la névrotisation secondaire apparue par sa faute ?...

C'est pourquoi une I.P.P. de 100 % lui a été accordée, en février 1950, bien qu'aucun signe objectif important n'ait pu être décelé en ce qui concerne le syndrome post-commotionnel. D'ailleurs, sur ces 100 %, 45 % lui avaient déjà été accordés pour reliquats de spondylolisthésis. Il ne reste donc que 55 % pour réparer le syndrome subjectif post-commotionnel et la réaction névrotique surajoutée.

Or, en septembre 1951, cet homme est toujours un grand malade, incapable de travailler. Il se plaint toujours de céphalées, de vertiges, de troubles mnésiques; il a perdu toutes ses dents; sa jambe droite le fait souffrir et fléchit parfois, ce qui occasionne des chutes dont il se ressent longtemps ensuite.

Le malade prétend qu'il sent venir les vertiges; il se couche alors et, prétend-il, perd connaissance pendant parfois une heure.

Il serait intéressant de faire subir un examen électro-encéphalographique à ce blessé; mais il ne veut pas en entendre parler et, d'ailleurs, ne risque-t-on pas de raviver chez lui la réaction névrotique dont la société est déjà responsable, alors qu'il se trouve actuellement satisfait avec son I.P.P. de 100 % et sa carte d'invalidité délivrée par le Ministère de la Santé Publique.

Nous croyons que c'est ici un de ces cas où la Société devrait en plus de la réparation matérielle, essayer de rééduquer, de réadapter ces épaves. Il faudait pour cela, à l'image de ce qui a été réalisé en Angleterre, que ces individus soient envoyés dans des centres spécialisés où, isolés de leur entourage, débarrassés de toute préoccupation matérielle, encadrés par un personnel spécialisé, ils seraient peu à peu réintégrés dans la société.

L'observation suivante est un exemple de syndrome subjectif commun aux traumatisés du crâne, compliqué d'une réaction névrotique parce que survenu sur un terrain pithiatique.

OBSERVATION N° 7

Le 15 août 1943, Mme S..., âgée alors de 40 ans, fait, dans une descente, une chute accidentelle de bicyclette qui entraîne :

1°) un état de commotion crânienne avec coma et vomissements;

2°) une contusion du maxillaire inférieur;

3°) une fracture de la clavicule droite et des contusions thoraciques.

Le 7 octobre 1943, un médecin, dans son certificat de consolidation, conclut à une invalidité permanente partielle.

Le rapport d'expertise médicale, en date du 16 juin 1944, fixe l'incapacité à 18 % :

1°) 15 % pour la fracture de la clavicule (cal saillant, mouvement de l'articulation scapulo-humérale très gênés; raideur assez serrée de l'articulation avec limitation de tous les mouvements du bras; les mouvements de projection du bras en avant et d'écartement du bras n'atteignent pas l'horizontale;

2°) 3 % pour syndrome subjectif des blessures du crâne (vertiges, céphalées, perte de mémoire).

Le 25 mars 1948, Mme S... est examinée par le Professeur PLANQUES, en vue d'expertise. Il estime que :

1°) Le taux d'incapacité dépendant de la fracture de la clavicule droite doit être maintenu à 15 %;

2°) Le syndrome post-commotionnel doit être révisé et apprécié.

a) La malade accuse :

— des céphalées temporales et occipitales, discontinues mais fréquentes, gravatives et pulsatiles;

— des vertiges aux changements de position;

— une perte considérable de la mémoire; non seulement de la mémoire de fixation de faits actuels, ce qui gêne

considérablement son activité, mais encore de la mémoire d'évocation de faits anciens (circonstances du traumatisme);

— un nervosisme continuel, avec grandes difficultés d'adaptation à son travail, devenu irrégulier et d'un moindre rendement;

— des troubles du caractère, devenu hargneux et irritable;

— des troubles du sommeil, irrégulier, insuffisant et peuplé de cauchemars;

— la suspension définitive des règles depuis l'accident.

b) On constate :

— une hémiparésie droite avec signe de Barré au membre supérieur et inférieur, non accusée par la malade, entraînant une perte de forces de 20 % environ; une légère claudication en résulte;

— une hémihypoesthésie à tous les modes, étendue sur la totalité de l'hémi-corps droit, hémiface incluse;

— un rétrécissement concentrique à 10 degrés du champ visuel des deux yeux, avec conservation d'une bonne vision;

— Au point de vue mental, cette malade présente un aspect hébété, inhibé; cependant, l'intelligence et le jugement sont conservés. Sa mémoire, qui de prime abord semble très affaiblie, semble surtout inhibée, car l'invigoration arrive à la ranimer dans une grande proportion.

De plus, elle présente une irritabilité et une impatience évidentes.

Il apparaît que, malgré les difficultés de son caractère, elle collabore effectivement et efficacement avec ses parents et ses frères; son activité est cependant capricieuse, irrégulière, sans initiative, et limitée aux travaux ménagers (cuisine, couture); peu sûre d'elle, peu confiante en sa mémoire, elle a besoin de soutien, ne sort que rarement et accompagnée. Depuis son traumatisme elle a dû abandonner les travaux des champs.

Naguère, une hémiparésie, une hémianesthésie, un rétrécissement du champ visuel, une inhibition de la mémoire plus apparente que réelle, eussent fait conclure à l'hystérie traumatique et fait porter une appréciation défavorable et péjorative sur sa personnalité.

Il apparaît actuellement que ces phénomènes pithiatiques ne sont aucunement simulés, sont involontaires, et, pour n'avoir pas la gravité ni la fixité des lésions anatomiques, méritent cependant d'être considérés comme conséquence de l'accident, d'autant qu'ils compliquent un syndrome post-commotionnel classique qui n'est pas contestable (céphalées, vertiges, troubles de la mémoire, irritabilité) et qui font suite à une commotion certaine et constatée.

Les symptômes pithiatiques qui font partie de cet ensemble de symptômes sont susceptibles d'amélioration, mais nul ne peut dire ni quand ni comment. Vu l'ancienneté et l'opinion médicale générale en pareille matière, il faut les considérer comme permanents.

Aussi, ce syndrome post-commotionnel a-t-il été indemnisé comme un syndrome commotionnel de moyenne gravité, au taux de 30 %.

Le degré de son invalidité permanente est donc de :

15 + 30 = 45 %

Dans l'observation suivante, nous allons voir un syndrome revendicatif succédant à un léger syndrome post-commotionnel chez un petit paranoïaque.

OBSERVATION N° 8

Le 11 juin 1943. dans la maison qu'il habite, M. G... a reçu sur la tête le réservoir à eau du W.-C., tombant de 2 m. 50 environ de hauteur. Il a été blessé à la région occipitale, mais n'a aucunement perdu conscience.

Le 17 septembre 1943, un professeur de Toulouse l'ayant examiné à deux reprises, constate dans la région occipitale une cicatrice transversale intéressant le cuir chevelu, longue de 10 à 12 centimètres et un certain degré d'épaississement assez visible à la radio.

Il enregistre à ce moment les doléances du blessé qui se plaint de céphalées, très exagérées par les changements de position, d'asthénie profonde, de déficit de la mémoire, de modifications du caractère, d'alternatives de dépression et d'irritabilité; il se sent très changé par rapport à son état antérieur, inquiet sur son avenir.

L'examen est négatif et le professeur s'inquiète déjà dans son rapport du danger de « Sinistrose ».

Le 10 novembre 1943, M. G... reprend son travail d'ajusteur à la S.N.C.A.S.E., mais sans se sentir guéri.

Le 29 septembre 1945, un docteur enregistre de nouveau dans son certificat des céphalées violentes, des vertiges, des douleurs à la pression au niveau de la cicatrice occipitale, des troubles de la mémoire et de la parole.

Le 13 octobre 1945, M. G... est reconnu médicalement inapte à la conduite des voitures destinées aux transports en commun. Il continue irrégulièrement son travail : interrompu du 27 février 1946 au 11 mars 1946 pour paludisme, du 9 juin 1947 au 17 septembre 1947 pour cholecystite.

Il continue à se plaindre des suites de son traumatisme.

Le 28 avril 1946, son I.P.P. a été évaluée à 50 %.

En octobre 1946, il est examiné par le Professeur PLANQUES qui note des signes importants d'ordre neurologique (céphalées, instabilité) et d'ordre mental (amnésie, désorientation).

Malgré l'expresse recommandation du Professeur PLANQUES, il se refuse à entrer dans un hôpital ou une clinique.

Le 14 février 1947, expertise par le Professeur PLANQUES, le Professeur SOREL et le Docteur LABOUCARIE :

Les signes accusés sont toujours : violentes céphalées, vertiges, instabilité, photophobie, troubles de la mémoire et du sommeil. Mais les troubles mentaux submergent largement tous ces symptômes.

Pour avoir une idée du comportement de M. G..., force a été de recourir à une véritable enquête auprès de ses voisins, la famille ne fournissant que des renseignements insuffisants ou erronés, s'opposant à toute investigation médicale, lui-même se présentant constamment dans une attitude réticente et nettement hostile.

Il se lève à 8 heures, se couche à 21 heures, très régulièrement. A l'égard de sa femme, il est sombre, hargneux, exigeant, susceptible; il lui adresse au minimum la parole et toujours avec une autorité méprisante; ne l'aidant jamais, il est exigeant et semble même avoir été brutal.

Son attitude est nettement différente à l'égard de ses enfants; il s'intéresse vivement et efficacement à leurs études,

surveille leur travail, leur prodigue de bons conseils. Il tient à ce qu'ils soient toujours correctement vêtus, s'occupant lui-même des achats de vêtements, les conduit le dimanche aux courses ou à la promenade et donne en somme l'impression d'un bon père de famille.

Toujours très correctement mis et même très soigneux de sa personne, il a des relations normales avec ses voisins, avec qui il se montre causant, quoique un peu entier et susceptible.

Il est sobre et occupe ses loisirs à de petits travaux de sculpture sur bois, exécutés avec goût, ou bien à quelques bricolages domestiques.

Au premier examen mental, il se présente sous l'aspect d'un dément, ne répondant à aucune question et ne paraissant pas les comprendre; le regard perdu au loin, l'attitude figée, paraissant réduit aux plus élémentaires activités motrices, se levant de sa chaise quand on l'y pousse, restant immobile et en apparence indifférent à tout, dans un coin de la pièce, tandis que l'on parle autour de lui.

Rapidement, il est aisé de discerner qu'il ne s'agit pas ici d'un déficit mental réel, mais d'une attitude consciente, intentionnelle et adaptée à la situation du moment.

Il apparaît certain qu'il s'agit d'une opposition lucide à toute investigation médicale, manifestée d'abord par un mutisme systématique accompagné de cette attitude d'indifférence, puis au cours de l'examen, ce mutisme est remplacé par la formulation précise de refus et enfin par une attitude de méfiance avec réactions de maussaderie, de mauvaise humeur: enfin, la poursuite de l'interrogatoire révèle l'agacement, l'impatience et, en fin de compte, le malade, pour échapper aux examens, fait le geste de s'en aller.

Ainsi, il est clair que le sujet est conscient alors qu'il paraissait absent, que son mutisme est remplacé, quand il le juge indispensable, par des refus formulés, et enfin, que ses réactions affectives, à la fin de l'examen, sont en contradiction avec son attitude initiale.

Donc, réticence et simulation apparaissent significatives dès le premier contact avec l'intéressé.

Il a été difficilement obtenu de sa famille (qui s'est entourée de garanties contre un examen approfondi) qu'il soit

hospitalisé pendant huit jours dans un service de neurologie. Son attitude n'a pas changé. Il n'a commis aucune excentricité, s'est refusé ou dérobé à tout test. Comme à plusieurs reprises son regard se fixait obstinément sur un angle de la salle et qu'on l'interrogeait il a déclaré qu'il voyait des rats, des araignées, etc... Mais ces hallucinations ne s'inscrivaient dans aucun délire, ne provoquaient aucune réaction spécifique et rien ne prouve qu'elles le poursuivent dans sa vie quotidienne. Il paraît bien plus logique d'admettre qu'elles ont été suggérées par les patientes questions posées systématiquement à tous les malades du service. Aucune idée délirante de quelque consistance n'a pu être recueillie par l'entourage des malades, par les employés ou les médecins.

Une seule réalité se dégageait : l'attitude réticente et hostile de M. G...

Malgré toutes ces difficultés qui s'opposaient à l'examen, il a été possible de pratiquer un examen objectif de la motilité, des réflexes, du fond d'œil, etc... qui n'ont montré aucune anomalie.

L'état général est bon, la tension et les urines sont normales.

Une sérologie récente a été négative.

Diagnostic et taux d'invalidité

1°) Il existe un contraste remarquable entre le comportement de M. G... dans la société, qui est pratiquement normal, et son comportement devant les médecins, qui est celui d'un grand aliéné.

2°) Contraste entre la gravité apparente des symptômes présentés et le refus venant de la famille de tout commencement de traitement efficace dans un service des plus autorisés.

3°) Il paraît impossible de reconnaître chez M. G... des symptômes d'atteinte psychopathique :

a) Il ne peut s'agir ici de schizophrénie post-traumatique.

Indépendamment de la rareté d'une pareille atteinte mentale après un traumatisme, l'opposition du sujet ne peut être confondue ici avec le négativisme; le comportement du sujet,

normal dans son milieu, révèle l'absence de tout déficit idéo-affectif vrai; il n'existe aucun signe de dissociation mentale, mais au contraire, une motivation parfaitement compréhensible de tout son comportement très adapté aux diverses situations et dirigé par des mobiles manifestement utilitaires.

b) Il ne s'agit pas ici d'une psychose délirante chronique; il n'y a pas ici d'organisation délirante et le comportement social de cet homme, en dehors des médecins, est normal.

c) L'absence de tout symptôme neurologique permet d'éliminer toute atteinte démentielle organique, en particulier démence syphilitique, démence tumorale, démence atrophique.

Dans ces cas-là, du reste, le rôle du traumatisme ne pourrait être qu'adjuvant.

4°) Il faut retenir cependant, comme conséquences possibles du traumatisme (encore qu'il se soit agi d'un traumatisme relativement léger, sans fracture nette du crâne et surtout sans état commotionnel consécutif) les troubles post-traumatiques habituels (céphalées, vertiges, troubles de l'humeur et du caractère). Mais les gros troubles mentaux que M. G... semble présenter paraissent grossièrement exagérés et largement simulés.

Les réactions d'hostilité, de hargne et de simulation plus ou moins consciente, paraissent l'expression de la revendication et de la protestation, à la fois contre le dommage subi et contre l'injustice dont M. G... croit être l'objet, ou craint d'être l'objet.

Le mode d'expression aussi bien que l'intensité de ces sentiments sont anormaux. Cela tient aux particularités du caractère de M. G..., homme de tous temps d'une personnalité très affirmée, tonique, fière et volontiers susceptible; ce caractère paranoïaque et revendicateur est bien connu des médecins.

En d'autres termes, cet homme a éprouvé après sa blessure de la tête un syndrome post-commotionnel classique (céphalées, vertiges, troubles de la mémoire) mais ce tableau primitivement simple s'est surchargé secondairement d'un syndrôme revendicatif intense qui s'exprime par une simulation plus ou moins volontaire.

Ce syndrome revendicatif dépend pour une part de la

blessure puisqu'il ne serait pas apparu sans elle, mais dépend aussi de l'état antérieur de la victime, constitué par un caractère particulier et prédisposé à la revendication.

Ainsi, le taux de l'I.P.P. définitive a été fixé à 35 %.

En septembre 1951, une enquête nous permet d'apprendre que cet individu, après avoir changé de quartier, a repris du travail dans une entreprise différente.

Relativement satisfait de son I.P.P. définitive de 35 %, il a brisé tous les ponts avec ses anciennes relations qui le croyaient malade et a repris une existence normale, agrémentée par sa petite rente.

Enfin, la neuvième et dernière observation de traumatisme crânien, n'est qu'un exemple de simulation.

OBSERVATION N° 9

Le 17 octobre 1946, M. R..., 26 ans, est heurté dans le dos par une voiture automobile et rejeté à la renverse sur le capot du véhicule qui continue à rouler pendant 25 ou 30 mètres.

Il n'y a eu ni perte de conscience, ni troubles confusionnels consécutifs; M. R... rentre chez lui et se couche sans faire de particulières remarques à propos de sa vision.

Le lendemain, il éprouve de fortes douleurs lombaires, d'intenses céphalées et il doit interrompre son travail.

Le surlendemain, il constate l'abaissement de sa vision. Il consulte un neurologue qui l'adresse à un ophtalmologiste.

Ce dernier établit un certificat constatant :

— une forte insuffisance visuelle, non modifiable par les verres : OD, OG : 2/10; les champs visuels sont rétrécis concentriquement (20 degrés environ dans l'ensemble et 10 degrés des deux côtés temporaux).

Il attribue ces troubles à l'accident survenu huit jours avant; il estime à 100 % le degré d'invalidité.

La vision ne s'améliorant pas, M. R... consulte à Toulouse, le 28 janvier 1947, un professeur agrégé d'ophtalmologie qui constate : acuité : OD : 2/10; OG : 3/10, avec rétrécissement concentrique des champs visuels. Il estime ne pas pouvoir

affirmer l'origine traumatique des troubles accusés et ne prescrit pas de traitement.

Examen :

M. R... n'accuse que des céphalées modérées; il ne présente pas le moindre signe neurologique. Une prise de sang a été faite (la première pratiquée chez lui) et sa sérologie est négative. Une série de radiographies du crâne est demandée, mais le malade ne les apporte pas.

Diagnostic :

Les troubles accusés par ce blessé sont des troubles purement fonctionnels (tant la diminution de l'acuité que le rétrécissement des champs). Aucune constatation objective n'a été faite par personne au niveau de son fond d'œil ou ailleurs.

Le Professeur PLANQUES a estimé que leur réalité était contestable pour les raisons suivantes :

1°) Le traumatisme qui paraît les avoir engendrés est un traumatisme léger, sans commotion, sans fracture. (Or, les troubles oculaires importants nécessitent de forts traumatismes).

2°) Les troubles accusés réalisent une formule qui leur est spéciale et qui ne s'accorde pas avec l'idée d'un dégât précis ni du nerf optique, ni du chiasma, ni des voies visuelles cérébrales.

3°) Les troubles oculaires post-traumatiques sont dus, en règle générale, soit à une fracture intéressant l'orbite (ce n'est pas le cas) soit à un hématome (mais alors ils régressent ultérieurement et ceux de M. R... n'ont pas régressé) soit à une arachnoïdite opto-chiasmatique (mais alors ils se constituent progressivement, alors que ceux de ce blessé ont été, dès le surlendemain du traumatisme, ce qu'ils étaient au moment de l'expertise).

4°) Il paraît difficilement admissible que le traumatisme ait laissé pour seul reliquat des troubles oculaires si importants, sans laisser d'autres séquelles (céphalées, vertiges) alors que c'est le contraire qui est observé très habituellement.

Pour toutes ces raisons l'origine traumatique des troubles accusés par M. R... n'a pu être acceptée, l'existence même de ces troubles paraissant contestable.

Le Docteur TABARLY ayant eu à examiner M. R... pour expertise a conclu nettement à la simulation des troubles oculaires. Sans doute cette dernière n'est pas d'une certitude absolue, en l'absence d'aveu. Mais l'enquête entreprise par la compagnie d'assurances chargée de régler ce sinistre, nous a révélé que :

1°) Le soir de l'accident, le 17 octobre 1949, M. R... avait déclaré à l'agent de police qui était sur les lieux, qu'il n'avait pas de réclamation à formuler, étant donné qu'il n'avait pas été blessé.

2°) Alors qu'il se prétendait incapable d'exercer son métier d'horloger, M. R... a réparé des montres (La compagnie d'assurances en a les preuves).

3°) M. R... avait vendu son fonds de commerce à Metz pour partir en Australie. Cet accident arrivait juste à point pour apporter le petit supplément pécuniaire nécessaire à sa nouvelle installation.

En effet, par une lettre du mois d'octobre 1951, la compagnie d'assurances nous apprend que cette affaire a été réglée à l'amiable par un versement de 115.000 francs à M. R..., le 3 janvier 1949.

Depuis cette date, il est impossible de retrouver la trace de M. R... qui, satisfait, a vraisemblablement réalisé son projet de départ en Australie.

Tout cela semble bien confirmer que les troubles accusés par M. R... étaient simulés dans un but intéressé.

II. - SEQUELLES DE TRAUMATISMES EXTRA-CEPHALIQUES

a) CAS OU UN ETAT ORGANIQUE A PU ETRE MIS EN EVIDENCE

OBSERVATION N° 10

Le 27 juillet 1947, M. C..., marié, trois enfants, a eu les téguments pulpaires du pouce droit sectionnés par un coup de scie circulaire. Cette plaie paraissait devoir se cicatriser simplement. Une quinzaine de jours après l'accident, le blessé commence à souffrir de son pouce, puis de l'avant-bras, face antéro-externe : douleurs vives, lancinantes, discontinues, surtout nocturnes, hyperesthésie au toucher. Une incision exploratrice de la pulpe du pouce reste sans résultat. Les douleurs, loin de s'atténuer s'étendent au bras droit tout entier et à l'hémithorax droit; nouvelle incision (un mois après l'accident) nouvel échec.

En août 1947, après ponction lombaire (résultats normaux) et échec de la bévitine forte, des infiltrations stellaires, de la radiothérapie cervicale, amputation de la phalangette du pouce.

Les douleurs continuant, le 3 novembre 1947, résection d'un manchon périostique sur les deux os de l'avant-bras. Echec.

M. C... est alors hospitalisé dans le service du Professeur RISER, à Purpan. Il paraît fortement diminué au point de vue moteur (opposition du pouce impossible, flexion des doigts limitée). Des troubles de la perception sensible sont notés au bras, à l'épaule, à la face; radiographie des deux avants-bras et du squelette cervical : pratiquement normale. Sérologie négative.

Il reparaît dans le service le 24 janvier 1948.

On note : douleurs très vives dans le bras droit et par moments dans tout le corps; force musculaire et sensibilité normales.

Quatre infiltrations stellaires lui sont faites.

Le 7 avril 1948, il est revu à la consultation neurologique; persistance des douleurs.

Le 25 mai 1948, le médecin examinateur constate et attribue au traumatisme :

1°) Une amyotrophie appréciable des muscles de la région scapulaire et du membre supérieur droit;

2°) Des douleurs à la palpation de l'épaule et du bras droits;

3°) Une diminution appréciable de la force musculaire segmentaire du membre supérieur droit et une très grande gêne pour porter ce membre au-dessus de l'horizontale;

4°) Une baisse progressive de l'acuité visuelle.

Le 21 juin 1948, on constate : Main d'Aran Duchenne à droite; amyotrophie très marquée des éminences thénar et hypothénar. Tremblements amples et rapides de la main droite plus accusés à gauche. Douleurs irradiées dans le plexus brachial droit et s'irradiant depuis peu à gauche.

Le 17 juillet 1948, M. C... est examiné par le Professeur PLANQUES, en vue d'expertise; il constate :

1) **Du côté de son membre supérieur droit :**

Accuse des douleurs continuelles ayant leur siège principal au bord interne de l'omoplate et irradiées, surtout postérieurement, jusqu'au bout des doigts. Ces douleurs sont des élancements perçus en surface et dans la profondeur des tissus; elles semblent exagérées pendant la nuit et troublent le sommeil; elles s'accompagnent d'un intense énervement général.

On constate un vif endolorissement des masses musculaires brachiales et scapulaires à la palpation.

On constate une anesthésie absolue à tous les modes de sensibilité, étendue non seulement aux téguments du membre supérieur, mais à une large zone hémi-thoracique atteignant le rebord costal, à la partie droite du cou, de la face,

du cuir chevelu. Cette anesthésie se limite nettement à la ligne médiane, devant et derrière. Elle s'accompagne d'une hémi-anesthésie de la langue. Au niveau de sa main droite, M. C... ne sent pas les poids; il ne perçoit le diapason en aucun point du membre supérieur, ni du côté droit du crâne, ni sur l'apophyse zygomatique, ni sur le rebord de l'orbite droit.

Cependant, chose paradoxale, ce malade reconnaît plusieurs objets qu'il palpe, précise leur température, la nature de la matière qui les constitue. Non moins paradoxale est la non-perception du diapason par le crâne à droite, alors que cette perception s'effectue principalement par l'oreille et que ses deux oreilles sont intactes.

Le membre droit paraît présenter une notable diminution de sa capacité motrice. Il se présente dans une attitude indifférente et inerte et ne semble pas participer à l'harmonie motrice générale. Aucun mouvement n'est impossible, tous sont diminués de force dans une proportion à peu près égale pour les articulations des doigts, du poignet, de l'épaule, de 20 à 30 % environ. Il peut écrire correctement.

Il existe à son niveau une importante amyotrophie globale des éminences thénar et hypothénar, de 2 centimètres à l'avant-bras, 3 centimètres au bras, visible à l'épaule.

Les réflexes du membre supérieur droit sont normaux. On n'y constate aucun signe sympathique objectif. Avec sa main droite ce malade écrit à peu près normalement.

2) M. C... accuse en outre :

— des céphalées surtout vespérales, se continuant dans la nuit, globales, symétriques, frontales et pariétales; des douleurs du cou, intermittentes, survenant surtout aux mouvements; ces troubles sont perçus depuis l'accident;

— une diminution de la vue portant surtout sur la vision de loin, survenue depuis quatre mois; à l'examen ophtalmologique du 25 mai 1948, on a trouvé : OD 7/10, OG 9/10, accommodation très faible, inférieure à trois dioptries.

Fond d'œil normal, sauf congestion assez nette des papilles (veines volumineuses), ne paraît pas avoir d'hypertension artérielle rétinienne;

— un mauvais état général, avec asthénie, nervosité, variation de son poids depuis l'accident.

Diagnostic et taux

M. C... a présenté après son accident une douleur extensive et progressive avec amyotrophie notable de son membre supérieur droit et diminution importante des fonctions motrices de ce membre sans paralysie proprement dite, avec signes généraux, céphalées, nervosité, insomnie, perte de forces.

A ce syndrome physiopathique extenso-progressif s'ajoutent des troubles sensitifs objectifs qui sont du type pithiatique en raison de leurs caractères paradoxaux : conservation de la gnosie alors que toutes les sensibilités superficielles et profondes paraissent abolies; imperception du diapason dans la moitié de la face et du crâne avec parfaite conservation de l'ouïe; possibilité d'effectuer des gestes aussi précis que l'écriture alors que toutes sensibilités sont abolies; les troubles oculaires, fonctionnellement peu importants, paraissent entrer dans ce cadre.

L'ensemble de ces troubles conditionne une impotence notable. M. C... doit renoncer à travailler aux machines à bois et ne peut guère exercer que des fonctions de gardien, de veilleur ou peut-être de comptable. Si l'on considère que cet homme était déjà minorisé par une amputation de la jambe droite au tiers inférieur (ce qui ne l'empêchait pas d'exercer sa profession de manœuvre spécialisé) on peut estimer que sa nouvelle invalidité venant s'ajouter à l'ancienne, réduit sa capacité totale à 25 %; autrement dit, l'accident a provoqué une invalidité de 75 %.

Cette impotence n'est pas incurable; les troubles neurologiques du membre supérieur peuvent s'améliorer ou même guérir complètement dans la mesure où le pithiatisme participe à leur constitution. Le règlement rapide de la situation du blessé peut y aider.

Pour toutes ces raisons, une I.P.P. de 75 % a été accordée, sous réserve de révision.

b) CAS OU UN ETAT ORGANIQUE N'A PU ETRE MIS EN EVIDENCE ET RESTE DOUTEUX UN ETAT NEVROTIQUE ETANT SUREMENT PRESENT

OBSERVATION N° 11

Le 19 décembre 1945, M. F... était en train de fendre du bois à l'aide d'un marteau de 7 kilos environ; quand le marteau était au plus haut de sa course, M. F... a ressenti une brusque impression de déchirure lombaire; malgré ses douleurs, il a pu se traîner jusqu'à une clinique. Il a été renvoyé chez lui où il a passé quelques jours couché. Depuis lors, la douleur persistant, il n'a pu reprendre son travail.

Le 6 avril 1948, il est examiné par le Professeur PLANQUES, en vue d'expertise.

Il se présente alors pâle, anémié, plutôt maigre, marchant légèrement voûté; il accuse une douleur constante dans la région vertébrale au niveau des cinquième et sixième vertèbres dorsales; cette douleur existe au repos dans la station debout, s'exagère dans la position assise, torse droit, est au maximum dans le décubitus dorsal et l'oblige à dormir sur le flanc, l'empêche de faire un travail nécessitant quelques forces, est indifférentes aux analgésiques habituels.

Aucune déformation vertébrale n'est constatée, mais le malade accuse une douleur à la pression des cinquième et sixième apophyses épineuses dorsales. Les mouvements de flexion en avant sont limités par la douleur; il ne peut, les jarrets tendus, approcher ses mains à moins de 25 centimètres du sol.

Les mouvements d'extension sont presque normaux. Les inflexions latérales de la colonne vertébrale sont légèrement limitées. Pas de signe neurologique; souplesse lombaire normale.

Plusieurs radiographies n'ont donné aucun signe net de lésion osseuse ou articulaire.

Deux ponctions lombaires ont donné un résultat à peu près normal et révélé l'absence de blocage.

Une série d'infiltrations loco dolenti à la novocaïne n'ont eu qu'un effet passager; l'échec a été complet.

Diagnostic et taux

Une première impression est celle de persévération morbide pithiatique, après une douleur réelle due à une entorse vertébrale. En faveur de cette hypothèse, plaide la débilité mentale du sujet (cinq ans au test de Binet et Simon) et la suggestion qu'exerce sur lui un entourage revendicateur.

Mais la persistance des douleurs sous une forme immuable, d'ailleurs très spéciale, la discrétion même des signes neurologiques, nous invitent à prendre en considération une autre hypothèse qui est celle d'une hernie discale traumatique qui, par exception, se serait produite dans la région dorsale.

Dans l'une comme dans l'autre de ces deux hypothèses, il paraît raisonnable de considérer l'invalidité comme définitive et d'en fixer le taux à 15 %; en effet, dans le premier cas, on ne sait ni quand ni comment ce trouble fonctionnel peut guérir, et il est juste de l'indemniser. Dans le second cas, il y a une cause anatomique qu'une opération pourrait peut-être guérir.

En conséquence, une I.P.P. de 15 % a été accordée, sous réserve de révision.

Enfin, la dernière observation exposera un cas de troubles pithiatiques purs, survenant après un traumatisme du poignet.

OBSERVATION N° 12

Le 2 juin 1948, le poignet gauche de M. S... est accidentellement franchi par la roue de la faucheuse; il a subi un effet d'écrasement entre la face palmaire et dorsale, sur un sol assez sec. Il n'y a point de plaie, mais le lendemain apparaît un œdème et une cyanose de la main. L'impotence fonctionnelle de cette main est accusée. Des douleurs à type de rongement et de brûlure sont perçues dans la face dorsale de la main avec irradiations vers le troisième et le quatrième doigts. Le lendemain, la douleur s'étend le long du bord ex-

terne de l'avant-bras jusqu'au coude et le blessé éprouve des malaises généraux.

Quinze jours après l'accident, le blessé se plaignant toujours, est plâtré pendant deux mois et demi. Les douleurs s'atténuent, mais à l'ablation du plâtre, subsiste une impotence fonctionnelle du poignet et de la main, due en partie à la douleur.

Puis l'état se stabilise.

Le 18 mars 1950, un docteur certifie que M. S... est atteint de maladie post-traumatique de Leriche du poignet gauche.

Le 13 novembre 1950, un autre docteur avait constaté, après radiographie du poignet gauche : « Légère ostéoporose de la région carpienne paraissant traduire le signe d'une maladie post-traumatique algique de Leriche ».

Le 22 novembre 1950, M. S... est examiné par le Professeur PLANQUES. Il accuse : des douleurs spontanées au niveau de sa main gauche et du poignet, surtout à sa face antérieure (sensation de rongement, de brûlures, de douleurs pulsatiles qui s'exagèrent quand la main est tombante, au mouvement et à l'effort. Le malade est gêné de ce fait dans son sommeil et a maigri de 3 kilos. Il éprouve des palpitations.

Les mouvements actifs du poignet et de la main sont limités par les douleurs que provoque le mouvement. Il affirme l'insuffisance de cette main dans sa participation aux travaux pénibles ou difficiles; les capacités motrices sont diminuées, selon lui, dans la proportion de 50 %.

Objectivement : Tous les mouvements actifs et passifs de la main et du poignet droits sont possibles.

Le blessé accuse des douleurs vives à la mobilisation, dans la palpation profonde de la gouttière radiale et de l'éminence hypothénar. Mais aucune autre constatation objective n'est faite au niveau de ce membre. En particulier, aucune anomalie de la sensibilité objective dans tous ses modes, aucune anomalie des réflexes, aucun trouble sympathique portant sur la fonction sudorale, vaso-motrice ou pilo-motrice n'est notable. La température locale, les indices oscillométriques sont symétriques. Il n'existe aucun trouble trophique.

De nouvelles radiographies du poignet, pratiquées à l'Hôtel-Dieu, n'ont montré ni décalcifications, ni reliquats de fractures.

L'examen général a montré par ailleurs :

— Une arythmie cardiaque très accusée, avec une tension artérielle basse (10 1/2 - 6) sans anomalie radiologique de la silhouette cardiaque;

— Une augmentation sensible à la percussion du volume du foie que le tremblement général et l'odeur éthylique de l'haleine, constatés à plusieurs reprises, permettent de rapporter indubitablement à une imprégnation alcoolique habituelle.

C'est probablement à elle qu'il faut aussi rapporter l'arythmie complète, par myocardite toxique, à moins que le traumatisme précordial reçu par M. S... en 1947 (coup de corne de bœuf) n'ait joué un rôle.

Diagnostic et taux

On peut écarter, en l'absence de trouble sympathique ou du tonus musculaire, les troubles dits physiopathiques de Babinski.

Il ne s'agit pas davantage d'ostéoporose douloureuse de Leriche, puisque, au moment de l'examen, toute ostéoporose fait défaut.

Tout se réduit à la seule impotence douloureuse qu'accuse le blessé en l'absence de tout signe objectif. Il s'agit donc de troubles pithiatiques purs, post-traumatiques, causés certes par le traumatisme, mais entretenus par les exhortations à la revendication de mauvais conseillers, exhortations propres à influencer un état mental affaibli par une imprégnation toxique permanente.

En conséquence, les troubles présentés par M. S... ne sauraient être indemnisés au même taux qu'une affection organique réelle provoquant le même degré d'impotence. Aussi, ne lui a-t-il été accordé qu'une I.P.P. de 15 %.

CONCLUSION

Nous sommes bien loin de la conception de « Sinistrose » que défendaient BRISSAUD et ses contemporains. A la place d'une vague psychose de rente basée sur la mauvaise volonté plus ou moins consciente du blessé, nous avons vu que chaque cas de traumatisme nécessite une étude très approfondie, tant sur le plan neurologique, biologique et électrique que sur le plan psychologique.

Pareille étude permet de distinguer dans l'ensemble souvent touffu des symptômes que présentent ces blessés :

1. Des signes d'organicité là où la clinique ne voyait que des névroses pures;
2. Des éléments purement et sûrement névrotiques, que l'étude clinique critique, l'observation du comportement, de l'évolution, permettent de discerner et de séparer des signes organiques.

Nous nous sommes spécialement attachés à l'étude des causes de ces derniers symptômes et nous croyons discerner parmi ces causes, certaines erreurs de la Société et des Médecins envers les blessés.

Dès lors, la « Sinistrose » au sens de BRISSAUD, ne peut plus être admise :

1° Parce que BRISSAUD y incluait des signes ayant une réalité organique reconnue;

2° Parce qu'il n'avait fait aucun cas de la personnalité prétraumatique des névrosés post-traumatiques qui, si elle ne détermine pas les réactions, du moins semble bien les orienter;

3° Parce qu'il incriminait le seul blessé sans tenir compte des facteurs sociaux ou même des erreurs médicales.

On ne peut donc plus parler de « Sinistrose »; ce mot doit être banni du langage médical comme n'ayant plus de signification précise.

Le Président de thèse,

PLANQUES.

VU : le Doyen,

CH. LEFEBVRE.

Vu et permis d'imprimer

Toulouse, le 12 décembre 1951.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

P. DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

(1) ALBERT (de Liège). — Troubles vaso-moteurs réflexes post-traumatiques. (**Bruxelles-Médical,** n° 48, 27 septembre 1935.)

(2) BABINSKI et FROMENT. — Hystérie, pithiatisme et troubles nerveux d'origine réflexe. (**Masson,** Paris, 1918.)

(3) BAISSET, BUGNARD, GREZES-RUEFF et PLANQUES. — Action de l'insuline intra-veineuse sur l'E.E.G. de quelques traumatisés anciens du crâne. (**Revue neurologique,** t. 80, n° 8, septembre 1948, p. 635.)

(4) BARRE (J.-A.). — Troubles nerveux réflexes extenso-progressifs d'origine traumatique. (**Clermont-Ferrand,** 1945.)

(5) BRISSAUD. — La Sinistrose. (**Concours médical,** 16 février 1908, p. 116.)

(6) CAVALIE (Bernard). — Des séquelles des traumatismes crâniens. (**Toulouse,** 1949.)

(7) CEDERMARK. — Ueberverlauf symptomatologie und prognose kraniozerebralen verletzungen. Klinisch-statistiche analyse eines materials von durch stumpfe gewalt verletzten. (**Acta chirurgica Scandinavica,** v. 86, suppl. 75, Stockholm, 1942.)

(8) COSTEDOAT (A.). — La simulation des symptômes pathologiques et des maladies. (**Paris,** 1933.)

(9) DAVIES et FALCOVER. — Ventricular changes after closed head injury. (Modifications ventriculaires après des traumatismes fermés du crâne). (**Journal of Neurology and Psychiatry,** 6.52.68, janvier-avril 1943.)

(10) DENIS (Williams). — L'application clinique de l'électro-encéphalographie. (**Bull. med. Brit.,** Série française, t. 1, n° 1, pp. 24, 29, 1946.)

(11) EUZIERE (J.). — Le syndrome subjectif des blessés du crâne. (**L'Orientation médicale,** pp. 1 à 7, déc. 1937.)

(12) FORGUE (E.) et JEANBRAU (E.). — Guide pratique du médecin dans les accidents du travail. (2e édition, **Masson,** 1909.)

(13) GUTTMANN (E.). — The prognosis in civilian head injuries. (**Brit. Med. Journ.,** t. I, pp. 94 à 96, 23-1-43.)

(14) HEPPENSTALL et HILL. — Electro-encephalography in chronic post-traumatic syndromes. (Electro-encéphalographie dans les syndromes post-traumatiques chroniques). (**Bull. med. Brit.,** Série française, t. I, n° 1, p. 51, **Lancet,** 1, 261, 263, 27-2-43.)

(15) LERICHE. — La chirurgie de la douleur. (**Paris,** 1940.)

(16) MORSIER (G. de). — Les suites des traumatismes crânio-cérébraux. (**Cours de médecine sociale de la Faculté de médecine de Genève,** 10-12 oct. 1946.)

(17) MORSIER (G. de) et RICHARD (P.). — Un nouveau syndrome diencéphalique : « l'Adynamie ». (**Journ. Suisse de méd.,** n° 7, p. 151, 1945.)

(18) PATERSON (J. H.). — Some observations on the cerebrospinal fluid in closed head injury (Quelques observations sur le liquide céphalo-rachidien dans les traumatismes fermés du crâne). (**Bull. med. Brit.,** Série française, t. I, n° 1, p. 45, 1946.)

(19) PATERSON, REYNELL et KREMER. — Discussion on disorders of personality after head injury (Discussions sur les troubles de la personnalité après traumatismes de la tête). (**Proceding of the Royal Society of medecine,** 37, 556, 566, août 1944.)

(20) PERRET. — Les névroses au cabinet du médecin praticien. (**Vie médicale,** n° 9, p. 31, septembre 1949.)

(21) PIERRE-MARIE. — La conduite à tenir vis-à-vis des blessures du crâne. (**Revue Neurol.,** 1916, 1, 453.)

(22) PLANQUES (J.) et GREZES-RUEFF (Ch.). — Electro-encéphalographie de l'épilepsie commune. (**Toulouse méd.,** n° 8, août 1951, p. 496.)

(23) RIESE. — Die Unfallneurose als problem der gegenwart-

medizin (Stuttgart, Leipzig, Zürich, 1929). (**Arch. Suisse Neurol.**, 32, pp. 95 et 215, 1933.)

(24) REY (A.). — L'examen psychologique dans les cas d'encéphalopathies traumatiques. (**Arch. de Psychologie**, Genève, 28, 286, 1941.)

(25) REY (A.). — Les réactions psychologiques des assurés sociaux à l'expertise. (**Cours de médecine sociale de la Faculté de médecine de Genève**, 10-12 oct. 1946.)

(26) REYNELL (W. R.). — A psychometric method of determining intellectual loss following head injury (Méthode psychométrique permettant de déterminer la déficience intellectuelle consécutive à un traumatisme de la tête). (**Journal of Mental Science**, 90.710.719, juillet 1944.)

(27) RISER et PLANQUES. — Réactions névrotiques succédant aux traumatismes crâniens. (**Toulouse Méd.**, n° 7, juillet 1950, p. 355.)

(28) SICARD (J. A.). — Le syndrome de la névrite ascendante. (**Congrès des aliénistes et neurologistes de Rennes**, 1905). (**Revue Neurol.**, 1905, vol. 2, p. 838.)

(29) SYMONDS (C. P.). — Pronostic des plaies fermées de la tête. (**Bull. méd. Brit.**, Série française, t. I, n° 1, pp. 19, 24, 1946.)

(30) THUREL. — Traumatismes crânio-cérébraux. (**Paris**, 1941.)

(31) VERAGUTH (1912). — Cité d'après Pometta. (**Médecine des accidents**, Neuchatel, 1918, p. 209.)

(32) V. von WEIZSACKER. — Ueber Rechtsneurosen. (**Der nervenartzt**, 15 okt. 1929.)

(33) WERTHEIMER et TOURAINE (Mme). — Les résultats éloignés des traumatismes crâniens dans la pratique civile. (**Presse méd.**, 141, 1er mars 1947.)

TABLE DES MATIERES

Page

INTRODUCTION. 11

DEFINITIONS. 13

HISTORIQUE. 17

PREMIERE PARTIE

Etude clinique des séquelles subjectives tardives des traumatismes

I. — SEQUELLES TARDIVES DES TRAUMATISMES CRANIENS. 27

II. — SEQUELLES DES TRAUMATISMES ENTRA-ENCEPHALIQUES. 43

CAUSES DES NEVROSES POST-TRAUMATIQUES. . . . 49

DEUXIEME PARTIE

OBSERVATIONS. 61

I. — SEQUELLES DE TRAUMATISMES CRANIENS. . . . 63

II. — SEQUELLES DE TRAUMATISMES EXTRA-CEPHALIQUES 93

CONCLUSION. 101

BIBLIOGRAPHIE. 103

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRESSION
61, RUE DES AMIDONNIERS
TOULOUSE